

Serão os Inibidores da Bomba de Protões fármacos seguros a longo prazo?

SUMÁRIO

- a) Os IBP não são fármacos inócuos e a sua utilização a longo prazo e em doses elevadas pode originar problemas de segurança graves, tais como hipomagnesémia, hipocalcémia e fraturas ósseas, pneumonia e infeção a *Clostridium difficile* e dispepsia associada à suspensão dos IBP.

b) O mais prudente é limitar a associação de clopidogrel com omeprazol e com esomeprazol aos doentes em que seja estritamente necessária.
- Nos doentes que tiverem uma resposta adequada aos IBP, nas doses e duração de tratamento previstos, deve interromper-se a medicação, preservando-se o benefício alcançado e evitando-se os potenciais efeitos adversos da terapêutica de longa duração.

A interrupção dos IBP deve ser realizada de forma gradual, em 6 passos: reavaliar o tratamento, preparar o doente, reduzir a dose do IBP, utilizar o IBP em esquema intermitente, interromper o IBP e avaliar os resultados.
- Reúnem critérios clínicos para a utilização de IBP as seguintes situações:

 - Tratamento**

 - Limitado no tempo, no máximo até 4-8 semanas (*até 12 semanas, se rabeprazol na úlcera gástrica*)

 - Tratamento da úlcera duodenal e da úlcera gástrica
 - Tratamento da esofagite de refluxo
 - DRGE sintomática
 - Erradicação do *Helicobacter pylori* associada a antibioterapia, quando que relacionado a doença ulcerosa péptica
 - A longo prazo

 - Estádios graves de DRGE (esofagite erosiva, esófago de Barrett)
 - Síndrome de Zollinger-Ellison
 - Profilaxia**

 - Doentes em tratamento com AINEs que apresentem risco acrescido para hemorragia
 - Doentes críticos e que apresentem factores de risco acrescidos para úlcera de stress
- Os IBP devem utilizar-se na dose mínima efectiva, durante o menor tempo possível, reavaliando periodicamente a necessidade do tratamento.

Os Inibidores da Bomba de Protões (IBP) constituem uma das classes farmacoterapêuticas mais prescritas em todo o mundo. São utilizados no manejo dos sintomas dispépticos, sendo percecionados como muito eficazes e potencialmente seguros e, como tal, utilizados, frequentemente, por longos períodos, sem reavaliação da necessidade de tratamento.¹⁴

Mas serão realmente fármacos inócuos? É a esta questão clínica que procuraremos responder neste boletim terapêutico. Iremos, igualmente, sugerir estratégias para a descontinuação gradual dos IBP e, ainda, identificar quais os critérios clínicos para a sua utilização.

1. SERÃO OS IBP FÁRMACOS SEGUROS A LONGO PRAZO?

Dados recentes sugerem que a elevada prevalência da exposição a longo prazo aos IBP pode colocar os doentes em risco acrescido para reacções adversas potencialmente graves.^{32,33,34} Estas reacções incluem:

CORPO REDATORIAL:

António Faria Vaz (Coordenador), Ana Sofia Magalhães, António Lourenço, H. Luz Rodrigues, Nadine Ribeiro

Serão os Inibidores da Bomba de Prótons fármacos seguros a longo prazo?

1. Alterações na absorção

O efeito da terapêutica com IBP na biodisponibilidade de alguns minerais essenciais tem sido amplamente estudada e associada frequentemente à hipo/acloridria que produzem. A má absorção secundária a IBP afeta vários nutrientes, incluindo o cálcio, o magnésio, e o ferro. A longo prazo, a menor absorção destes minerais pode ocasionar fraturas ósseas, arritmias e anemia.^{25,26,33,34}

1.1. Hipomagnesiemia

A ocorrência de hipomagnesiemia grave tem sido notificada em doentes tratados com IBP por períodos superiores a três meses. A sua incidência é incerta: a FDA considerou não ter dados suficientes para quantificar a taxa de incidência, dado o subdiagnóstico desta condição; um estudo transversal, sobre todos os casos de RAM associados aos IBP reportados à FDA entre 1997 e 2012, encontrou uma taxa de incidência de 1%. O risco para hipomagnesiemia foi superior em homens e na população idosa e frequentemente esta condição coexistiu com hipocalcémia e hipocaliémia.³⁴⁻³⁷ Nos doentes em que se preveja uma utilização prolongada de IBP e que tomem concomitantemente fármacos que possam causar hipomagnesiemia (ex. diuréticos), o risco de hipomagnesiemia grave aumenta consideravelmente (OR altera de 0,92 para 1,54).³⁸

Na maioria dos casos, a hipomagnesiemia melhorou após a reposição de magnésio, no entanto foi, por vezes, necessário a descontinuação do IBP (em 25% dos casos, de acordo com a FDA).^{34-37,39,40}

Deve considerar-se a monitorização dos níveis de magnésio antes do início do tratamento com o IBP e periodicamente durante o mesmo, especialmente em doentes com digoxina e diuréticos.³⁶

1.2. Hipocalcémia, Hiperparatiroidismo Secundário e Fraturas Ósseas (+)

Vários estudos epidemiológicos sugerem um potencial aumento do risco para fraturas ósseas (na anca, punho e coluna vertebral) associado aos IBP quando utilizados por períodos superiores a um ano e/ou em doses elevadas. Nestes estudos observaram-se heterogeneidade nos resultados, tendo o risco global de fratura variado entre 10-40%.^{34,41-43}

As Agências Regulamentares dos EUA e da Europa (FDA e EMA) reconheceram a associação entre o uso de IBP e a ocorrência de fraturas na anca, punho e coluna vertebral, tendo emitido alertas neste sentido. Apesar da incerteza actual sobre a magnitude do risco, e da inexistência de estudos prospectivos que demonstrem esta relação, as agências recomendaram a prescrição dos IBP na menor dose e durante o mais curto tempo possível. Ambos os reguladores relataram haver um possível aumento no risco de fratura, principalmente se os IBP forem utilizados em altas doses e por períodos prolongados (> 1 ano), predominantemente em idosos ou quando existem concomitantemente outros fatores de risco reconhecidos. Este risco foi incluído no capítulo das advertências nos RCM de IBP.^{42,43}

1.3. Deficiência em Vitamina B₁₂

Tal como os anti-ácidos, os IBP podem reduzir a absorção da vitamina B₁₂ (cianocobalamina) devido a hipo- ou acloridria. Apesar da relevância clínica ser incerta, isto deverá ser tido em consideração em doentes com reduzidas reservas corporais (<1 mg) ou fatores de risco para a absorção reduzida da vitamina B₁₂ (síndromes de má absorção gastrointestinal, anemia perniciosa e ingestão alimentar deficiente) em terapêutica de longa duração com IBP.^{25,33}

2. Infecções

Existe um risco acrescido para infeções entéricas e respiratórias (pneumonias) em doentes em tratamento com IBP.^{3,44,45} A explicação sugerida para esta relação centra-se no papel do ácido gástrico como mecanismo de defesa contra bactérias entéricas. A utilização de IBP, quer a curto, quer a longo termo, leva ao aumento do pH gástrico, potenciando a colonização por microorganismos oportunistas.¹⁸

2.1. Pneumonia

Tendo por base a hipótese de que as alterações no pH induzidas pelos IBP potenciam colonizações gástricas por microorganismos com posterior invasão pulmonar por microaspiração, vários estudos observacionais e meta-análises sugerem uma associação entre o uso de IBP e a ocorrência de pneumonias hospitalares e adquiridas na comunidade (PAC).^{25,46-48} O risco global para pneumonia é superior nos doentes sob IBP (OR 1.27, 95% CI 1.11 – 1.46) face aos doentes sem supressão ácida.⁴⁷ Existe uma associação significativa entre o aparecimento de PAC e a utilização de IBP por períodos <30 dias (OR: 1.65; 95% CI: 1.25 – 2.19) e/ou em altas doses (OR: 1.50; 95% CI: 1.33–1.68).⁴⁸ Embora os dados suportem um aumento do risco para pneumonia com o uso recente de IBP, são contraditórios em relação às consequências deste uso a longo-termo.^{34,46} Aparentemente o risco é superior no início do tratamento com estes fármacos, especialmente quando são utilizadas doses mais elevadas.^{47,48} Apesar dos dados discordantes, é importante considerar este risco.

Serão os Inibidores da Bomba de Protões fármacos seguros a longo prazo?

2.2. Infeção a *Clostridium difficile*

A acloridria e a hipocloridria devida ao tratamento com IBP estão associadas ao risco aumentado para infecções entéricas, incluindo a diarreia causada por *Clostridium difficile* (DACD).^{34,46} Os doentes hospitalizados sob terapêutica com IBP apresentam um risco acrescido de diarreia por *C. difficile* (OR ajustado 2.1, 95% CI 1.2 – 3.5).⁴⁴ Uma meta-análise de 2012 veio confirmar estes resultados, ao reportar um aumento de 65% na incidência de DACD entre utilizadores destes fármacos.⁴⁹ No entanto, outra meta-análise recente apenas descreveu esta como sendo uma associação fraca (RR 1.32), referindo um NNH de 3925 para 1 ano (o risco para doentes hospitalizados sob terapêutica antimicrobiana e DACD foi de 50 para 2 semanas).⁵⁰

Apesar de alguma incerteza na força da associação, o risco para DACD por IBP parece aumentado nos indivíduos de idade mais avançada. Em consequência, a FDA emitiu um alerta⁵¹, advertindo os profissionais a considerarem a presença de DACD em doentes com sintomatologia e sob IBP. Recomenda igualmente a prescrição dos IBP na menor dose e durante o mais curto tempo possível.

3. Dispepsia com a suspensão dos IBP (Hipersecreção ácida de rebound (HSAR))

A Hipersecreção Ácida de *Rebound* (HSAR) corresponde ao aumento da secreção de ácido gástrico acima dos níveis pré-tratamento após a interrupção da terapia anti-secretora. Pode ser observada duas semanas após a suspensão do tratamento com IBP, podendo provocar sintomas relacionados, tais como azia, regurgitação ácida, ou dispepsia.⁵⁵⁻⁵⁶ Uma teoria fisiologicamente plausível para este fenómeno sugere que a manutenção do pH gástrico elevado, devido ao bloqueio das bombas de protões, estimula a libertação compensatória de gastrina, induzindo hipergastrinémia e um estado hipersecretório ou hipertrofia das células enterocromafins (ECL). Este estado resulta num aumento da capacidade para estimular a secreção gástrica ácida e manifesta-se assim que o IBP é suspenso.⁵⁵⁻⁵⁷ Resultados semelhantes foram observados com outros fármacos antissecretórios.⁵⁵

Este aparente efeito contraditório dos IBP poderá constituir um dos motivos pelos quais estas terapêuticas são mantidas por tempos para além dos indicados e reforça ainda mais a importância da utilização desses medicamentos apenas quando realmente necessários e pelo menor tempo possível.

4. Nefrite intersticial aguda

A nefrite intersticial é uma reação de hipersensibilidade conhecida, mas rara com os IBP. A relação dose-resposta não foi estabelecida. Em caso de suspeita, o IBP deve ser retirado e o doente referenciado a um nefrologista.

Os IBP foram identificados como a causa mais frequente de nefrite intersticial aguda na Austrália, não tendo sido possível obter dados de Portugal.⁵⁴

Interação com clopidogrel

Nos últimos anos publicaram-se numerosos estudos que analisam a potencial interação entre os IBP e o clopidogrel.⁴⁶ Os IBP inibem a actividade do CYP2C19, podendo reduzir o efeito antiplaquetário de clopidogrel, um pró-fármaco metabolizado parcialmente pelo CYP2C19 antes de se tornar biologicamente activo na prevenção de eventos aterotrombóticos.²¹ Em consequência, foram emitidas recomendações pela EMA e FDA desaconselhando o uso concomitante de IBP e clopidogrel.^{33,46} Desde então foram publicados novos estudos, alguns pondo em causa a relevância clínica das interações entre os IBP como classe e o clopidogrel, outros demonstrando maiores taxas de eventos cardiovasculares em doentes tratados com clopidogrel e IBP.^{21,61,62}

Não estando unanimemente estabelecidas as repercussões clínicas desta interação, a advertência das Agências Reguladoras passou a desaconselhar apenas a utilização concomitante de clopidogrel com omeprazol ou esomeprazol.^{63,64,65}

Serão os Inibidores da Bomba de Protões fármacos seguros a longo prazo?

OS IBP SÃO SEGUROS A LONGO PRAZO?

RECOMENDAÇÕES

R1. É fundamental analisar individualmente a relação benefício/ risco antes de prescrever um IBP, considerando outras alternativas nos doentes com risco acrescido para RAM por IBP, e utilizar sempre a dose mínima efetiva durante o menor tempo possível, reavaliando periodicamente a necessidade do tratamento.

R1.1. Os IBP não são fármacos inócuos e a sua utilização a longo prazo e em doses elevadas pode resultar em problemas de segurança graves, tais como hipomagnesémia, hipocalcémia e fraturas ósseas, pneumonia e infeção a *Clostridium difficile*, e dispepsia associada à suspensão dos IBP.

R1.2. O mais prudente é limitar a associação de clopidogrel com omeprazol e com esomeprazol aos doentes em que seja estritamente necessária.

2. COMO DESCONTINUAR OS INIBIDORES DA BOMBA DE PROTÕES?

Nos doentes que tiveram uma resposta adequada aos IBP, nas doses e duração de tratamento previstos, é benéfico interromper ou reduzir esta medicação, evitando-se os potenciais efeitos adversos da terapêutica de longa duração.

Para que a suspensão da terapêutica com IBP tenha uma boa adesão do doente, é importante que seja realizado com eficácia, através de uma abordagem de descontinuação gradual ('step down').^{2,4,71,72}

Etapa 1. Reavaliar o tratamento com IBP

É fundamental reavaliar periodicamente a manutenção da necessidade e os resultados clínicos, de efectividade e segurança, do tratamento com IBP. Nos doentes que tiveram uma resposta adequada aos IBP, nas doses e duração de tratamento previstos, é benéfico interromper ou reduzir esta medicação, evitando-se os potenciais efeitos adversos da terapêutica de longa duração e/ou de altas doses.

Etapa 2. Preparar o doente para a cessação do IBP

Informar o doente sobre quais os alimentos e comportamentos que são precipitantes de dispepsia e que, portanto, devem ser evitados (tabela 1).

Etapa 3. Reduzir a dose do IBP à dose mínima efetiva

Recomenda-se reduzir a dose diária para metade ou prescrever a dose diária em dias alternados, de acordo com o que for mais fácil ao doente aderir. Pelo menos 80% de doentes com DRGE com esofagite curada conseguem remissão sintomática com doses inferiores (manutenção) de IBP⁷². Consultar Tabela 1 para a dose aconselhada.

Etapa 4. Utilizar o IBP em esquema intermitente, com base nos sintomas

Como por exemplo, utilizar 10 mg de omeprazol ou dose equivalente de outro IBP apenas nos dias em que ocorrer sintomatologia. Esta dose controla os sintomas na maioria das pessoas com DRGE com endoscopia negativa.^{72,73}

O esquema intermitente com base em sintomas está especialmente recomendado na DRGE não erosiva, evitando-se o inconveniente da falta de adesão e a hipersecreção ácida de *rebound* da terapia contínua, sendo possivelmente a mais custo-efectiva⁷¹. Existe, no entanto, alguma controvérsia nesta área, face a outros supressores ácidos poderem funcionar melhor no alívio imediato de sintomas esporádicos, devido ao mais rápido início de acção. 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)⁴.

Etapa 5. Interromper o IBP

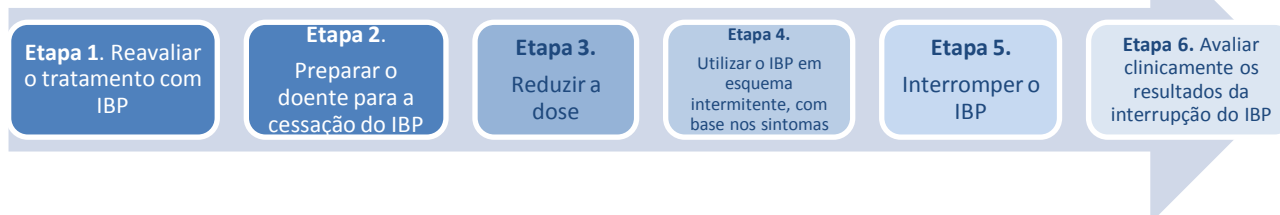
Serão os Inibidores da Bomba de Protões fármacos seguros a longo prazo?

Em muitos doentes, inclusive com DRGE (cerca de 30% ⁷²), os sintomas não reaparecem após cessação da terapêutica com IBP. A decisão em cessar a terapêutica deve ser precedida pela interrupção da sintomatologia e tomada apenas nos doentes com capacidade reconhecida em relatar o retorno dos sintomas.

Etapa 6. Avaliar clinicamente os resultados da interrupção do IBP

A descontinuação gradual foi bem-sucedida se a sintomatologia de mantiver ausente.

Se o doente recidivar, avaliar clinicamente o doente.



COMO DESCONTINUAR OS INIBIDORES DA BOMBA DE PROTÕES

RECOMENDAÇÕES

R2.1. Nos doentes que tiveram uma resposta adequada aos IBP, nas doses e duração de tratamento previstos, é aconselhável interromper ou reduzir esta medicação, preservando-se o benefício alcançado e evitando-se os potenciais efeitos adversos da terapêutica de longa duração e/ou de altas doses.

R2.2. Para que este procedimento tenha uma boa adesão do doente, é importante que seja realizado com eficácia, através de uma abordagem de descontinuação gradual ('step down') em 6 passos: reavaliar o tratamento, preparar o doente, reduzir a dose do IBP, utilizar o IBP em esquema intermitente, interromper o IBP e avaliar os resultados.

Anexo: "Folha para ajudar o Doente a Reduzir e Suspende IBP", da NOC N.º 036/2011 da DGS.⁴

3. QUAIS OS CRITÉRIOS CLÍNICOS PARA A UTILIZAÇÃO DE IBP?

A boa prática clínica recomenda que, antes de se iniciar terapêutica com IBP, no doente com sintomas dispépticos, devem adoptar-se **medidas não farmacológicas** e excluir a possibilidade de estarem a ser utilizados **medicamentos que induzem esta sintomatologia**.^{2,3,4}

Tabela 1. Alimentos, comportamentos e alimentos precipitantes de desconforto gástrico. Adaptado de NICE² e DGS⁴

EVITAR	
Alimentos	Bebidas alcoólicas; fritos e outras gorduras; mentol; chocolate; café; citrinos; bebidas gaseificadas; alimentos condimentados
Comportamentos	Tabagismo
	Ingestão de álcool
	Excesso de peso
	Vestuário apertado no abdómen
	Refeições abundantes
	Decúbito 3h após a refeição
Medicamentos	Cabeceira da cama baixa
	Ácido acetilsalicílico, Anti-inflamatórios não esteroides, Anticolinérgicos, Corticosteroides, Teofilina, Dopaminérgicos, Bisfosfonatos orais e Bloqueadores dos canais de cálcio

Serão os Inibidores da Bomba de Protões fármacos seguros a longo prazo?

3.1. Indicações clínicas aprovadas em que os IBP demonstraram ser eficazes

Actualmente as indicações, com demonstração inequívoca de evidência, autorizadas em Portugal para os IBP, e respectivas posologias, são as indicadas na tabela 2.

	OMEPRAZOL	LANSOPRAZOL	PANTOPRAZOL	ESOMEPRAZOL	RABEPRAZOL	
Tratamento da úlcera duodenal e da úlcera gástrica	DOSE	20 - 40 MG / DIA	30 MG / DIA	40 - 80 MG / DIA	40 MG / DIA	20 MG / DIA
	DURAÇÃO	DUODENAL: 2-4 SEMANAS			DUODENAL: 4 SEMANAS	DUODENAL: 4-8 SEMANAS
	DURAÇÃO	GÁSTRICA: 4-8 SEMANAS			GÁSTRICA: 4-8 SEMANAS	GÁSTRICA: 6-12 SEMANAS
Tratamento da esofagite de refluxo	DOSE	20 - 40 MG / DIA	30 MG / DIA	20 - 80 MG / DIA	40 MG / DIA	20 MG / DIA
	DURAÇÃO	4-8 SEMANAS				
Tratamento prolongado da DRGE (manutenção)	DOSE	10 - 40 MG / DIA	15-30 MG / DIA	20 MG / DIA	20 MG / DIA	10-20 MG / DIA
	DURAÇÃO	INDETERMINADO				
DRGE sintomática	DOSE	10 - 20 MG / DIA	15-30 MG / DIA	20 MG / DIA	20 MG / DIA	10 MG / DIA
	DURAÇÃO	4 SEMANAS				
Erradicação do <i>Helicobacter pylori</i> (em associação a antibioterapia)	DOSE	20 MG 2X DIA	30 MG / 2X DIA	40 MG 2XDIA	20 MG / 2X DIA	20 MG / 2X DIA
	DURAÇÃO	7 DIAS (10-14 DIAS, de acordo com a NOC DGS N.º 036/2011)				
Profilaxia das úlceras duodenais e gástricas associadas aos AINE nos doentes em risco.	DOSE	20 MG / DIA	15 - 30 MG / DIA	20 MG / DIA	20 MG / DIA	-
	DURAÇÃO	INDETERMINADO				
Síndrome de Zollinger-Ellison	DOSE	60 MG / DIA OU 2XDIA	60 MG / DIA A 90 MG 2XDIA	80 MG / DIA OU 80MG 2XDIA	40 MG - 80 MG 2X DIA	60 MG / 1XDIA OU 2XDIA
	DURAÇÃO	INDETERMINADO				

3.2. Dispepsia funcional (não provocada por DRGE): quando utilizar os IBP?

- Se o doente tiver menos do que 55 anos e a sintomatologia persiste apesar das medidas não farmacológicas, afetando a qualidade de vida, deverá ser iniciado tratamento farmacológico empírico com IBP.^{2,4}

Apesar de a **dispepsia não ser uma indicação formal dos IBP**, estes demonstraram ser mais efetivos que os anti-H₂ na redução dos sintomas dispépticos.¹⁷ Na dispepsia funcional sem úlcera, os antagonistas dos recetores H₂ são uma alternativa.^{2,4}

- Nos doentes com mais de 55 anos, ou com sinais de alarme, a endoscopia deve ser realizada de imediato antes de estabelecer um regime com IBP.^{2,4}

Em ambas as situações o tratamento com IBP é limitado a um máximo de 8 semanas (4 semanas iniciais, mais 4 semanas na dose mínima eficaz ou em SOS, se a resposta não for satisfatória). Em caso de ausência de resposta satisfatória, parar IBP e investigar causas.^{2,4}

Para os **sintomas dispépticos esporádicos, afeções gástricas menores e epigastralgias intermitentes** não se justifica o uso de IBP, sendo a toma em SOS de antiácidos e dos antagonistas dos recetores H₂ a mais apropriada, dado a maior rapidez de acção destes fármacos.^{4,18}

3.3. Profilaxia: Quando utilizar os IBP?

Profilaxia da toxicidade gastroduodenal induzida por AINEs nos doentes em risco

Existem muitos medicamentos que apresentam reações adversas gastrointestinais (GI), incluindo sintomatologia dispéptica (Tabela 1). No entanto, apenas está demonstrada uma relação causal na ocorrência de úlcera e suas complicações com os AINEs, e apenas estes têm indicação autorizada em RCM a gastroproteção com IBP na profilaxia da toxicidade gastroduodenal induzida por AINEs.^{19,20,21}

Esta indicação está, contudo, condicionada a **doentes de risco acrescido**, isto é, doentes sob AINEs por tempo prolongado ou em doses elevadas que apresentem um, ou mais, dos seguintes factores de risco adicional **para hemorragia**.²²

- História prévia de úlcera péptica, hemorragia gastrointestinal ou perfuração gastroduodenal.

Serão os Inibidores da Bomba de Protões fármacos seguros a longo prazo?

- Idade superior a 65 anos.
- Uso simultâneo de anticoagulantes orais, corticosteróides ou outro AINE.
- História de comorbilidade grave (hipertensão, diabetes, doença cardiovascular, renal ou hepática grave)
- Tratamento concomitante com ácido acetilsalicílico (AAS) em doses antiagregantes.

Prevenção da Úlcera de Stress

A evidência disponível sobre o benefício do uso de IBP na prevenção da úlcera de *stress* nos doentes hospitalizados não é consistente, devendo limitar-se a sua utilização aos **doentes críticos que apresentem um ou mais dos seguintes factores de risco para hemorragia por stress**: falência respiratória, coagulopatia, sepsis, hipotensão grave, insuficiência renal aguda, antecedentes de úlcera ou de hemorragia gastrointestinal até 1 ano antes do internamento, insuficiência hepática, trauma major, queimadura major, lesão medular, transplante de órgão, Glasgow Coma Score até 10, cirurgia, alta dose de corticosteróides, ou estadia na UCIs de pelo menos 6 dias.²⁵⁻³¹

A utilização de IBP em Profilaxia apenas se deve manter enquanto os factores de risco acrescido para hemorragia se mantiverem. Os antagonistas H₂ podem constituir uma alternativa razoável aos IBP, em doentes com menor risco para hemorragia GI.²¹

Não existe evidência de benefício do emprego de IBP em profilaxia nas seguintes situações:^{20,22,23}

- Doentes em tratamento com AINEs ou antiagregantes/ AAS sem factores de risco
- Doentes polimedicados que não estejam em tratamento com AINEs ou com antiagregantes/ AAS, ou se estiverem, não apresentem factores de risco acrescido para hemorragia por estes fármacos.
- Doentes maiores que 65 anos que não estejam em tratamento com AINEs (por tempo prolongado ou em doses elevadas) ou com antiagregantes/ AAS.

3.4. Tratamento a longo prazo: Quando utilizar os IBP?

De acordo com as indicações aprovadas (Tabela 2), apenas alguns doentes poderão necessitar de tratamento a longo prazo com IBP, nomeadamente aqueles com necessidade de tratamento de manutenção da DRGE, com indicação para profilaxia das úlceras duodenais e gástricas benignas associadas aos AINE e com Síndrome de Zollinger-Ellison.

Em relação ao **Tratamento de manutenção da DRGE**, para muitos doentes com DRGE, uma vez finalizado o tratamento inicial de 4-8 semanas, a sintomatologia desaparece, devendo considerar-se a descontinuação gradual da medicação até paragem do IBP (ver ponto 5).^{2,3} No entanto, alguns doentes irão recidivar, principalmente os que apresentem esofagite. Em caso de recorrências precoces e/ ou frequentes, deve ser instituído o esquema posológico de manutenção com a mínima dose eficaz ou em esquema de utilização apenas “on demand”; excepcionalmente, nos doentes com estádios graves de DRGE (esofagites erosiva, esófago de Barrett), poderão ser utilizados esquemas continuados nas doses mais elevadas.²⁻⁴

QUAIS OS CRITÉRIOS CLÍNICOS PARA A UTILIZAÇÃO DE IBP?

RECOMENDAÇÕES

R3. Apenas reúnem critérios clínicos para a utilização de IBP as seguintes situações:

I. Tratamento

- a. **Limitado no tempo, no máximo até 4-8 semanas (até 12 semanas, se rabeprazol na úlcera gástrica)**
 - Tratamento da úlcera duodenal e da úlcera gástrica
 - Tratamento da esofagite de refluxo
 - DRGE sintomática
 - Erradicação do *Helicobacter pylori* associada a antibioterapia, quando que relacionado a doença ulcerosa péptica
- b. **A longo prazo**
 - Estádios graves de DRGE (esofagites erosiva, esófago de Barrett)
 - Síndrome de Zollinger-Ellison

II. Profilaxia

- Doentes em tratamento com AINEs que apresentem risco acrescido para hemorragia
- Doentes críticos em UCIs e que apresentem factores de risco acrescidos para úlcera de stress

Serão os Inibidores da Bomba de Protões fármacos seguros a longo prazo?

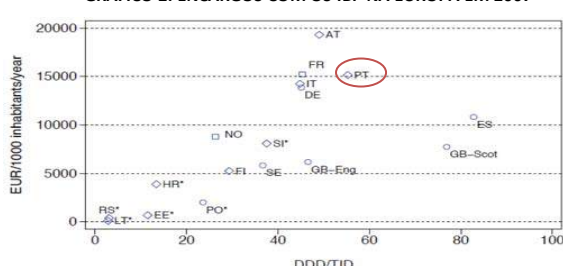
4. UTILIZAÇÃO DE INIBIDORES DA BOMBA DE PROTÕES NA ARSLVT

Na Europa, entre 2000 e 2007, o consumo de IBP praticamente quadruplicou (14,4 DDD/1000 habitantes/dia para 55,2 DDD/1000 habitantes/dia) (Gráfico 1).¹ De entre os países estudados em 2007, Portugal foi o terceiro que mais encargos teve com estes fármacos e o quarto em termos de prevalência de utilização (Gráfico 2).

GRÁFICO 1. CONSUMO DE IBP EM AMBULATÓRIO NA EUROPA

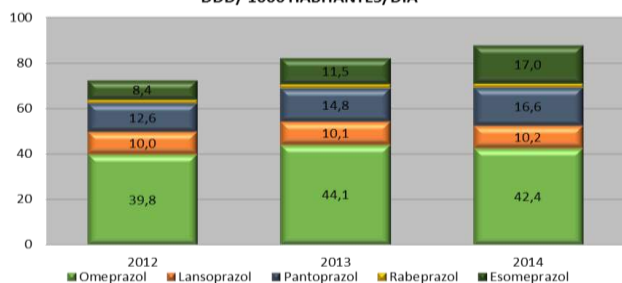


GRÁFICO 2. ENCARGOS COM OS IBP NA EUROPA EM 2007



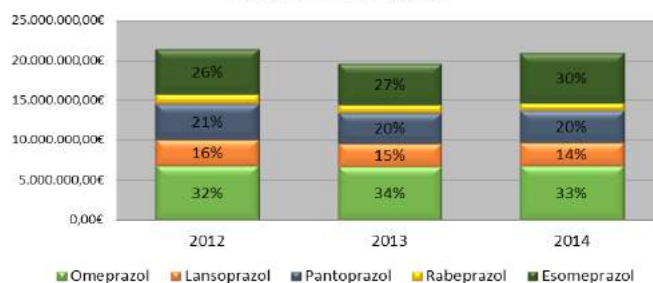
Na Administração Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), o consumo de IBP é igualmente elevado, correspondendo em 2014 a **87,8 DDD/ 1000 habitantes/dia** (em 2012 era de 72,4). A sua facturação em 2014 rondou os 42 Milhões de Euros (3% do total em PVP) e os 5 Milhões de embalagens (4,3% do total). Este consumo aumentou 22% nos últimos 3 anos (2012 a 2014), embora, devido à baixa de preços, o valor tenha diminuído 3% (Gráfico 3 e 4). O omeprazol foi o quarto medicamento mais prescrito e o 18º em valor.

GRÁFICO 3. EVOLUÇÃO DO CONSUMO DE IBP NA ARSLVT DDD/ 1000 HABITANTES/DIA



Dados SIARS acedidos em Julho 2015

GRÁFICO 4. EVOLUÇÃO CONSUMO IBPs EM VALOR NOS ÚLTIMOS 3 ANOS ARSLVT



Factores que determinam a elevada prevalência de utilização dos Inibidores da Bomba de Protões

Nos últimos anos múltiplos estudos dedicaram-se à análise da utilização dos IBP, considerando, consistentemente, que a sua prescrição é excessiva nos vários contextos da prestação de cuidados, face às indicações clínicas aprovadas que apresentam.⁵⁻¹⁵

Os diferentes estudos chegaram a conclusões semelhantes quanto às razões para o elevado consumo de IBP, tendo demonstrado como principais causas a sua **prescrição clinicamente não indicada** em doentes **polimedicados sem factores de risco**, ou com **transtornos gástricos menores**, como a **dispepsia não investigada**, quer em meio hospitalar, quer em ambulatório. Também a **automedicação** (já existem IBP não sujeitos a prescrição médica) e a **prescrição induzida** (iniciada em meio hospitalar, com ou sem indicação, e mantida nos outros contextos de prestação de cuidados) poderão contribuir para este fenómeno.^{10,15} Um estudo Português de Mendes Z et al, de 2010, realizado com médicos sentinela dos cuidados de saúde primários corroborou de certa forma estes achados, tendo identificado 47,3% de utentes com prescrição de IBP sem limite de tratamento definido, sendo a indicação mais frequente (35,4%) a protecção gástrica.¹⁶

Em regra, os estudos demonstram uma baixa adesão às orientações no que concerne a **descontinuação gradual** e a **necessidade de reavaliação do tratamento** com IBP, levando à manutenção dos usos adequados e inadequados de IBP. Estes comportamentos potenciam a sobreutilização destes fármacos, a qual é reforçada pela ideia de que os IBP são um grupo de **medicamentos** muito eficaz e praticamente **inócuos a longo prazo**.

Serão os Inibidores da Bomba de Protões fármacos seguros a longo prazo?

Ian Forgacs, no editorial da BMJ de 2008, refere que entre 25% a 70% dos doentes sob terapêutica com IBP não apresentam indicação clínica que o justifique.¹⁴ Para além da sujeição do doente a riscos desnecessários, uma utilização injustificada de fármacos corresponde a um desperdício de recursos. No caso da ARSLVT, 25% da despesa com IBP corresponde a 10,5 Milhões de Euros.

Face ao exposto, uma estratégia possível na abordagem da questão da sobreutilização dos IBP assentará no conhecimento de quais os critérios clínicos que devem ser observados na prescrição destes fármacos, quais os riscos da sua utilização a longo prazo e quais as metodologias eficazes para a sua descontinuação gradual. São estas as questões que se procurarão abordar neste boletim terapêutico.

Os autores declaram não possuir conflitos de interesse que possam influenciar avaliações objectivas e o conteúdo científico desta publicação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. The European branch of the Special Interest Group for Drug Utilization Research (SIGDUR). Cross-National Comparison of Drug Utilisation activities. Disponível em: <http://www.pharmacoepi.org/pub/1c0b1d08-2354-d714-513b-8e2d67de7dd3>. [Acedido a 03.08.2015]
2. National Institute for Health and Clinical Excellence. Guidance 184: Dyspepsia and gastro-oesophageal reflux disease 184: Dyspepsia and gastro-oesophageal reflux disease investigation and management of dyspepsia, symptoms suggestive of gastro-oesophageal reflux disease, or both. November 2014. Disponível em: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg184/resources/guidance-dyspepsia-and-gastrooesophageal-reflux-disease-pdf>. [Acedido a 21.07.2015]
3. Katz P, Gerson L, Vela, M. Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. Am J Gastroenterol. 2013;108:308-328.
4. Direção Geral de Saúde. NOC N.º 036/2011. Supressão Ácida: Utilização dos Inibidores da Bomba de Protões e das suas Alternativas Terapêuticas. 2011
5. Haroon M, Yasin F, Gardezi S, Adeeb F, Walker F. Inappropriate use of proton pump inhibitors among medical inpatients: a questionnaire-based observational study JRSM Short Rep. 2013 Aug; 4(8)
6. Naunton M, Peterson GM, Bleasel MD. Overuse of proton pump inhibitors. J Clin Pharm Ther 2000;25:333-40.
7. Mat Saad AZ, Collins N, Lobo MM, O'Connor HJ. Proton pump inhibitors: a survey of prescribing in an Irish general hospital. Int J Clin Pract 2005;59:31-4.
8. Walker NM, McDonald J. An evaluation of the use of proton pump inhibitors. Pharm World Sci 2001;23:116-7.
9. Pham CQD, Regal RE, Bostwick TR, Knauf KS. Acid suppressive therapy use on an inpatient internal medicine service. Ann Pharmacother 2006;40:1261-6.
10. Grant K, Al-Adhami N, Tordoff J, Livesey J, Barbezat G, Reith D. Continuation of proton pump inhibitors from hospital to community. Pharm World Sci 2006;28:189-93.
11. Bjornsson E, Abrahamsson H, Simren M, Mattsson N, Jensen C, Agerforz P, et al. Discontinuation of proton pump inhibitors in patients on long term therapy: a double blind, placebo controlled trial. Aliment Pharmacol Ther 2006;24:945-54.
12. Wohlt PD, Hansen LA, Fish JT. Inappropriate continuation of stress ulcer prophylactic therapy after discharge. Ann Pharmacother 2007;41:1611-6.
13. Batuwitage B, Kingham JCG, Morgan NE, Bartlett RL. Inappropriate prescribing of proton pump inhibitors in primary care. Postgrad Med J 2007;83:66-8.
14. Forgacs I, Loganayagam A. Overprescribing proton pump inhibitors. Is expensive and not evidence based. BMJ. 2008;336:2-3.
15. Khara HS, Pitchumoni CS. Proton pump inhibitors: a better prescription is needed. Journal of Clinical Gastroenterology 2009;43:597-8.
16. Mendes Z, Simões J, Falcão J, Miranda A, et al. Perfil de prescrição dos inibidores da bomba de protões na rede médicos-sentinelas. Rev Port Farmacoter | 2010;2:24-34
17. Delaney B, Ford AC, Forman D, Moayyedi P, Qume M. Initial management strategies for dyspepsia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 4. Art. No.: CD001961. DOI: 10.1002/14651858.CD001961.pub2.
18. Wolfe M. Overview and comparison of proton pump inhibitors for the treatment of acid-related disorders. In: Basow DW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate; 2013.
19. Cryer B. Reducing the risks of gastrointestinal bleeding with antiplatelet therapies. N Engl J Med 2005;352:287-9.
20. Guías Salud. Grupo de trabajo Sector Zaragoza Y Salud. Empleo de los inibidores de la bomba de protones en la prevención de gastropatías secundarias a fármacos. Edita Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Sector Zaragoza. enero 2012. Disponível em: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_509_IBP_gastropatias_2rias_fcoc_completa.pdf [Acedido a 3.08.2015]
21. Neena S. Abraham, et al. ACCF/ACG/AHA 2010 Expert Consensus Document on the Concomitant Use of Proton Pump Inhibitors and Thienopyridines: A Focused Update of the ACCF/ACG/AHA 2008 Expert Consensus Document on Reducing the Gastrointestinal Risks of Antiplatelet Therapy and NSAID Use A Report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Expert Consensus Documents. Circulation. 2010;122:2619-2633
22. Lanza FL, Chan FK, Quigley EM; Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Guidelines for prevention of NSAID-related ulcer complications. Am J Gastroenterol. 2009;104:728-38
23. Direção Geral de Saúde. NOC N.º 13/2011. Anti-inflamatórios não esteróides sistémicos em adultos: orientações para a utilização de inibidores da COX-2. [acedido em 05.08.2015]
24. Lanos A, Scheiman J. Low-dose aspirin and upper gastrointestinal damage: epidemiology, prevention and treatment. Current Medical Research and Opinion 2007;23:163-73.
25. Heidelbaugh JJ, Kim AH, Chang R y Walker PC. Overutilization of proton-pump inhibitors: what the clinician needs to know. Ther Adv Gastroenterol. 2012;5(4):219-32
26. Inibidores de la bomba de protones ¿se puede vivir sin ellos? Información Farmacoterapéutica de la Comarca. Vol 18(3); 2010. Disponível em: http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-ckpubl01/eu/contenidos/informacion/cevime_infac/eu_miez/adjuntos/infac_v18_n3.pdf [Acedido a 05.08.2015].
27. Weinhouse G L. Stress ulcer prophylaxis in the intensive care unit. In: UpToDate, Manaker S (Ed), 2009.
28. American Society of Health System Pharmacists (ASHP) (1999) ASHP therapeutic guidelines on stress ulcer prophylaxis. Am J Health Syst Pharm 56: 347-379.
29. Stollman, N. and Metz, D.C. (2005) Pathophysiology and prophylaxis of stress ulcer in intensive care unit patients. J Crit Care 20: 35-45.

Serão os Inibidores da Bomba de Prótons fármacos seguros a longo prazo?

30. UpToDate 2008. Stress ulcer prophylaxis in the intensive care unit, Disponível em: http://www.uptodateonline.com/online/content/topic.do?topicKey=cc_medi/16176&selectedTitle=1~150&. [Acedido a 06.08.2015]
31. Alhazzani W, Alenezi F, Jaeschke RZ, Moayyedi P, Cook DJ. Proton pump inhibitors versus histamine 2 receptor antagonists for stress ulcer prophylaxis in critically ill patients: a systematic review and meta-analysis. *Critical care medicine* 2013;41:693-705.
32. Sheen E y Triadafilopoulos G. Adverse effects of long-term proton pump inhibitor therapy. *Dig Dis Sci.* 2011;56:931-50
33. Madrdejos R. Inhibidores de la bomba de protones y el balance riesgo/beneficio. *Butlletí d'informació terapèutica del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.* Marzo 2013. Disponível em: http://medicaments.gencat.cat/web/.content/minisite/medicaments/professionals/6_publicacions/butlletins/boletin_informacion_terapeutica/document/s/arxiu/bit_v24_n02e.pdf. Acedido a 30.07.2015.
34. O'Neill L, Culpepper B, Galdo J. Long-term Consequences of Chronic Proton Pump Inhibitor Use. *US Pharmacist.* 2013;38(12):38-42. Disponível em: http://www.medscape.com/viewarticle/820136_1. [Acedido a 29.07.2015]
35. Luk CP, Parsons R, Lee YP, Hughes JD. Proton pump inhibitor-associated hypomagnesemia: what do FDA data tell us? *Ann Pharmacother.* 2013 Jun; 47(6):773-80. Epub 2013 Apr 30. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23632281>. [Acedido a 29.07.2015]
36. FDA Drug Safety Communication: Low magnesium levels can be associated with long-term use of proton pump inhibitor drugs (PPIs). FDA. March 14, 2011. www.fda.gov/drugs/drugsafety/ucm245011.htm. [Acedido a 29.07.2015]
37. Weber T, Moreira GA. Hypomagnesemia and Pro-ton Pump Inhibitors: Below the Tip of the Iceberg. *Arch Intern Med.* Published online May 9, 2011. Abstract. Disponível em: <http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/abstract/archinternmed.2011.199> [Fecha de consulta: 30 de junio de 2011].
38. Danziger J, William JH, Scott DJ, et al. Proton-pump inhibitor use is associated with low serum magnesium concentrations. *Kidney Int.* 2013;83:692-699.
39. Therapeutic Good and Administration (TGA). Risk of hypomagnesaemia with proton pump inhibitors. *Medicines Safety Update 2011* [accessed 25 June 2012]; Available from: <http://www.tga.gov.au/hp/msu-2011-03.htm>
40. Hess MW, Hoenderop JG, Bindels RJ, Drenth JP. Systematic review: hypomagnesaemia induced by proton pump inhibition. *Aliment Pharmacol Ther.* 2012;36:405-413.
41. Eom CS, Park SM, Myung SK, et al. Use of acid-suppressive drugs and risk of fracture: a meta-analysis of observational studies. *Ann Fam Med* 2011;9:257-67.
42. Food and Drug Administration. FDA Drug Safety Communication: Possible increased risk of fractures of the hip, wrist, and spine with the use of proton pump inhibitors. 2010. [Online] (accessed 21 November 2013).
43. European Medicines Agency. Proton-pump inhibitors - risk of bone fracture. *Pharmacovigilance Working Party (PHVWP) Monthly report on safety concerns, guidelines and general matters 2012.* [Online] (accessed 22 November 2013).
44. Dial S, Alrasadi K, Manoukian C, et al. Risk of Clostridium difficile diarrhea among hospital inpatients prescribed proton pump inhibitors: cohort and case-control studies. *CMAJ* 2004; 171:33-8.
45. Ali T, Roberts DN, Tierney WM. Long-term safety concerns with proton pump inhibitors. *Am J Med* 2009; 122:896-903.
46. PPIs in older people — do you know the risks? Published in *Health News and Evidence* Date published: 10 January 2014. Disponível em <http://www.nps.org.au/publications/health-professional/health-news-evidence/2014/ppi-risks-in-older-people>. [Acedido a 31.07.2015.]
47. Eom CS et al. Use of acid-suppressive drugs and risk of pneumonia: a systematic review and metaanalysis. *CMAJ* 2011; 183:310-9.
48. Giuliano C, Wilhelm SM, Kale-Pradhan PB. Are proton pump inhibitors associated with the development of community-acquired pneumonia? A meta-analysis. *Expert Rev Clin Pharmacol* 2012;5:337-44.
49. Janarthanan S, Ditah I, Adler DG, et al. Clostridium difficile-associated diarrhea and proton pump inhibitor therapy: a meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2012;107:1001-10.
50. Tleyjeh IM, Bin Abdulhak AA, Riaz M, et al. Association between proton pump inhibitor therapy and clostridium difficile infection: a contemporary systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2012;7:e50836.
51. Proton pump inhibitors (PPIs)—drug safety communication: Clostridium difficile-associated diarrhea (CDAD) can be associated with stomach acid drugs. FDA. www.fda.gov/safety/medwatch/safetyinformation/safetyalertsforhumanmedicalproducts/ucm290838.htm. Accessed June 5, 2013.
52. Geevasinga N, Coleman PL, Webster AC, et al. Proton pump inhibitors and acute interstitial nephritis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2006;4:597-604.
53. Sierra F, Suarez M, Rey M, et al. Systematic review: Proton pump inhibitor-associated acute interstitial nephritis. *Aliment Pharmacol Ther* 2007;26:545-53.
54. Therapeutic Goods Administration (TGA). Proton pump inhibitors and acute interstitial nephritis. *Medicines Safety Update 2011* [accessed 25 June 2012]; Available from: <http://www.tga.gov.au/hp/msu-2011-06.htm>
55. US Food and Drug Administration. Rebound of gastric acid secretion. 2000. Available: http://www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/00/backgrd/3650b1a_11.pdf. Accessed March 17, 2009.
56. Reimer C, Søndergaard B, Hilsted L, Bytzer P. Proton-Pump Inhibitor Therapy Induces Acid-Related Symptoms in Healthy Volunteers After Withdrawal of Therapy. *Gas-troenterology* 2009; 137: 80-7.
57. Niklasson A, Lindström L, Simrén M. Dyspeptic Symptom Development After Discontinuation of a Proton Pump Inhibitor: A Double-Blind Placebo-Controlled Trial. *The American Journal of Gastroenterology* 2010;105:1531-1537.
58. Poulsen, A.H., Christensen, S., McLaughlin, J.K., Thomsen, R.W., Sorensen, H.T., Olsen, J.H. et al. (2009) Proton pump inhibitors and risk of gastric cancer: a population-based cohort study. *Br J Cancer* 100: 1503-1507.
59. Jianu, C.S., Lange, O.J., Viset T., Qvigstad, G., Martinsen, T.C., Fougner, R. et al. (2012) Gastric neuroendocrine carcinoma after long-term use of proton pump inhibitor. *Scand J Gastroenterol* 47: 64-67.
60. Kwok CS, Loke YK. Meta-analysis: the effects of proton pump inhibitors on cardiovascular events and mortality in patients receiving clopidogrel. *Can J Gastroenterol* 2010; 31(8): 810-23.
61. Stanek EJ, Aubert RE, Flockhart DA. et al. A national study of the effect of individual proton pump inhibitors on cardiovascular outcomes in patients treated with clopidogrel following coronary stenting: the Clopidogrel Medco Outcomes Study. Paper presented at SCAI 32nd Annual Scientific Sessions. Las Vegas NV, 2009.
62. Yasuda H, Yamada M, Sawada S, et al. Upper Gastroin-testinal Bleeding in Patients Receiving Dual Antiplatelet Therapy after Coronary Stenting. *Intern Medicine* 2009; 48: 1725-1730.
63. Food and Drug Administration. Warnings and precautions - Diminished antiplatelet activity due to impaired CYP2C19 function. 2010. (accessed 19 December 2013).

Serão os Inibidores da Bomba de Prótons fármacos seguros a longo prazo?

64. European Medicines Agency. Interaction between clopidogrel and proton-pump inhibitors. 2010. Disponível em: http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/news_and_events/news/2009/11/news_detail_000194.jsp&mid=WC0b01ac058004d5c1. [Acedido a 31.07.2015].
65. INFARMED. Circular Informativa N.º 054/CD 20100392133 Data: 19/03/2010. Disponível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MAIS_ALERTAS/ALERTAS_DE_SEGURANCA/Tab/Interac%E7%E3o%20entre%20o%20Clopidogrel%20e%20os%20Inibidores%20da%20Bomba%20de%20Prot%F5es. [Acedido a 22.07.2015]
66. 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.
67. 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.
68. Soll A H. Physiology of gastric acid secretion. In: UpToDate, Feldman M (Ed), 2009.
69. Sánchez I. Utilización de inhibidores de la bomba de protones ¿qué está ocurriendo? *Binfarma Boletín de Información Farmacoterapéutica* N.º2/Vol. 14 Mayo 2011. Disponível em: http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/216351-boletin_binfarma_2-2011.2.pdf. [Acedido a 21.07.2015]
70. Almodóvar MJ, Alonso MA, Álvarez J, Arroyo J, et al. Inibidores de la bomba de protones. *Notas Farmacoterapéuticas* Vol. 14 Núm. 7 Año 2007. Disponível em: <http://www.infodoctor.org/notas/NF-2007-7%20Inibidores%20Bomba%20Protones.pdf>. [Acedido a 21.07.2015]
71. Veterans' Medicines Advice and Therapeutics Education Services. Topic 32: Proton Pump Inhibitors – How much for how long? Sep 2012. Disponível em: https://www.veteransmates.net.au/documents/10184/23464/M32_TherBrief.pdf/5b60c7be-eddc-48f3-a18e-e46373a168b9?version=1.0. [Acedido a 21.07.2015]
72. Pace F, Tonini M, Pallotta S et al. Systematic review: maintenance treatment of gastro-oesophageal reflux disease with proton pump inhibitors taken 'on-demand'. *Aliment Pharmacol Ther* 2007; 26 : 195 – 204 .

Serão os Inibidores da Bomba de Protões fármacos seguros a longo prazo?

Folha para ajudar o Doente a Reduzir e Suspende 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), ou 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.

Norma nº 036/2011 de 30/09/2011

CORPO REDATORIAL:

António Faria Vaz (Coordenador), Ana Sofia Magalhães, António Lourenço, H. Luz Rodrigues, Nadine Ribeiro