



REDE FARMACÊUTICOS UMP

INFO FARMÁCIA

farmaceuticos@ump.pt | www.ump.pt

Inibidores da Bomba de Protões: o porquê da (des)prescrição

ESOMEPRAZOL* | LANSOPRAZOL | OMEPRAZOL* | PANTOPRAZOL* | RABEPRAZOL

*substâncias ativas pertencentes ao Formulário de Medicamentos UMP

Os inibidores da bomba de protões (IBP) são medicamentos modificadores da secreção gástrica, amplamente, utilizados e destinam-se num quadro de terapêutica crónica a(o):

- Doença de refluxo gastro-esofágico (DRGE) com esofagite
- DRGE sem esofagite mas com sintomas persistentes
- Esófago de Barrett
- Úlcera péptica com episódios recorrentes
- Síndrome de *Zollinger-Ellison*

Além disso, são indicados também da erradicação do *Helicobacter pylori* (*H.pylori*), em associação.

Apesar de, quando prescritos adequadamente, serem fármacos bem tolerados e seguros, é importante relembrar que não são isentos de riscos; riscos esses, particularmente, graves nos idosos e quando prescritos em dosagens elevadas e/ou de forma prolongada.

Os efeitos adversos mais graves associados aos IBP são:

- Infeção por *Clostridium difficile*
- Fraturas, nefrite intersticial, pneumonia
- Redução da eficácia do clopidogrel
- Efeito *Rebound* (reaparecimento acentuado) de hipersecreção ácida após suspensão do IBP
- Deficiência de vitaminas e minerais (tais como vitamina B12), cálcio (hipercalcémia) e magnésio (hipomagnesemia)

Para que a prescrição de IBP seja adequada, há pelo menos dois momentos importantes a ter em consideração:

1. Adequada avaliação do doente antes de iniciar a terapêutica com IBP
2. Após início do tratamento, reavaliar a necessidade de continuidade do uso do IBP

Antes de se iniciar terapêutica com IBP no doente com sintomas dispépticos, deve efetuar-se uma avaliação de forma a verificar se o doente reúne os critérios para iniciar terapêutica com IBP's ou se podem ser adotadas outras medidas** e/ou tratamentos para resolver a sintomatologia (exemplo: retirar medicação e alimentos ou hábitos que possam originar os sintomas, excluir sinais de alarme, possibilidade infeção por *H.pylori* ou introduzir medidas não farmacológicas).

**em detalhe na página 6 da Norma 036/2011 da DGS

Para as restantes situações de dispepsia, como DRGE, úlcera péptica ou dispepsia funcional sem úlcera, o tratamento deve ser limitado no tempo, 4 a 8 semanas após a iniciação do IBP, e deve ser avaliada a possibilidade de interrupção ou redução gradual do uso do IBP.



Ou seja, quando um doente reúne critérios clínicos para a utilização de IBP, deve utilizar-se a dose mínima efetiva, durante o menor tempo possível e reavaliando periodicamente a necessidade do tratamento.

Após início do tratamento, é importantíssimo reavaliar periodicamente a necessidade de continuidade do tratamento com o IBP. Deve ser ponderada a suspensão ou redução da dose do IBP, nos doentes que:

- Tiveram uma resposta adequada aos IBP, nas doses e duração de tratamento previstos
- Doentes com doses altas de manutenção
- Doentes assintomáticos ou sem indicação clara para a utilização de um IBP
- Doentes com Esofagite de refluxo (DRGE) assintomáticos por um período superior a 3 meses
- Doentes que tenham completado o esquema de tratamento para úlceras ou erradicação da *H.pylori*

A **DESPRESCRIÇÃO** de um IBP pode ter diferentes objetivos e pode ser efetuada recorrendo a diferentes estratégias, como por exemplo, diminuição gradual da dose diária, toma em dias alternados, esquema intermitente, cessação imediata, alteração de classe farmacológica, etc.

Não há evidências que indiquem qual a melhor estratégia a adotar, mas a diminuição gradual está associada a um menor risco de hipersecreção ácida.

Para que a redução ou suspensão do IBP seja bem-sucedida, deve ser escolhida a estratégia que além de ser eficaz promova a adesão por parte do doente.

Nesta fase é também importante lembrar que existem outros fármacos que podem ser mais adequados para o alívio dos sintomas dispépticos que podem surgir, durante ou após a desprescrição.

Falamos aqui dos antiácidos, dos protetores da mucosa gástrica (exemplo: sucralfato) ou dos antagonistas dos recetores H2, que tem um início de ação mais rápido do que os IBP (IBP podem levar mais de 24 horas a reduzir a secreção ácida e a aliviar os sintomas).

CONCLUSÕES

A prescrição de um IBP deve ser dirigida e limitada no tempo.

A desprescrição de um IBP é, duplamente, importante, não só para o doente que se vê livre dos seus potenciais efeitos adversos (ganhos em saúde) como também para a Instituição que vê diminuir o gasto com este tipo de medicação (ganho monetário).

Fontes

DGS - Norma 036/2011 (30/09/20211) da Direção Geral de Saúde

Disponível em: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0362011-de-30092011-jpg.aspx>

ARS LVT [Internet] BOLETIM TERAPÉUTICO N° 1/2016 [Acedido a 2021 Out 21]

Disponível em: http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/document/file/2518/Boletim_IBP_Jan2016.pdf

Deprescribing proton pump inhibitors. Barbara Farrell, Kevin Pottie, Wade Thompson, Taline Boghossian, Lisa Pizzola, Farah Joy Rashid, Carlos Rojas-Fernandez, Kate Walsh, Vivian Welch, Paul Moayyedi. Canadian Family Physician May 2017, 63 (5) 354-364

CIM Inibidores da Bomba de Protões – Aspetos de segurança – 2017/04/07. Ana Sofia Gomes, Aurora Simón

NHS Mid Essex – Safe and appropriate prescribing of PPIs including deprescribing guidelines