



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PORTARIA Nº 15

DE 18 DE NOVEMBRO DE 2022.

Protocolo de Tratamento de Dispepsias e outras Afecções Digestivas e do Uso Racional de Inibidor da Bomba de Prótons (Omeprazol) – 2022.

ALDENIS ALBANEZE BORIM, Secretário Municipal de Saúde, do Município de São José do Rio Preto, Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições legais, e nos termos do Decreto nº 15.960 de 06 de Outubro de 2011.

Resolve:

Art. 1º - Aprovar o Protocolo de Tratamento de Dispepsias e outras Afecções Digestivas e do Uso Racional de Inibidor da Bomba de Prótons (Omeprazol) – 2022, em anexo, para o atendimento dos munícipes de São José do Rio Preto/SP.

Art. 2º - O protocolo visa orientar a prescrição e o uso adequado do Inibidor da Bomba de Prótons padronizado (Omeprazol) no tratamento das dispepsias e outras afecções digestivas no município.

Art. 3º - Definir os fluxogramas de tratamento e de descontinuação de uso do IBP, além do formulário que deve ser preenchido para a prescrição por tempo superior a 8 semanas de tratamento.

Art. 4º - Esta Portaria será publicada por afixação na mesma data e local de costume, e, em Diário Oficial do Município, bem como registrada em livro próprio desta Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto, Estado de São Paulo.

Art. 5º - Ficam revogadas as disposições em contrário, em especial a PORTARIA Nº 22 DE 24 DE AGOSTO DE 2015.

Art. 6º – Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação, publique-se, registre-se e cumpra-se.

ALDENIS ALBANEZE BORIM

SECRETARIO MUNICIPAL DE SAÚDE

01: Protocolo de Tratamento de Dispepsias e outras Afecções Digestivas e do Uso Racional de Inibidor da Bomba de Prótons (Omeprazol) – 2022.

Departamento: Assistência Farmacêutica.
--

Objetivo: Orientar o uso adequado do Inibidor da Bomba de Prótons, o Omeprazol, no tratamento das dispepsias e outras afecções digestivas.

Frequência: Conforme necessário.

Executante: Equipe Médica e Farmácia.
--

1. Introdução

A dispepsia é a principal expressão clínica das doenças que acometem o estômago, sendo caracterizada por um conjunto de sintomas relacionados ao trato gastrointestinal superior, tais como: dor, pirose ou desconforto na região superior do abdômen, saciedade precoce, plenitude pós-prandial, náuseas, vômitos, timpanismo e sensação de distensão abdominal. Essas condições podem estar associadas às doenças digestivas específicas como a úlcera péptica (gástrica ou duodenal), a gastrite, a dispepsia funcional, a infecção por *Helicobacter Pylori*, as esofagites e a Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE), e o câncer de esôfago ou gástrico. Sintomas de dor ou de desconforto epigástrico, contínuo ou recorrente, centralizado no abdome superior, onde nenhuma causa orgânica pode ser determinada, definem a dispepsia funcional¹⁻³.

O diagnóstico inicial é clínico, baseado nas queixas do paciente e na duração dos sintomas¹. Havendo cronicidade da dispepsia são recomendados exames complementares para a investigação, tais como: Endoscopia Digestiva Alta (EDA), ultrassonografia e exame parasitológico de fezes¹. Se o paciente for jovem (<45 anos) e não houver sintomas de alarme, geralmente, não é realizada a endoscopia e/ou investigação funcional, e o tratamento é empírico. É importante excluir a possibilidade de doenças cardíacas ou biliares como causa dos sintomas de dispepsia².

É essencial avaliar a presença de cofatores psicológicos (estresse), ambientais, dietéticos e o uso de medicamentos, que possam ocasionar ou agravar a sintomatologia dispéptica^{1,3}. Grande parte dos pacientes alcança alívio dos sintomas com a adoção de hábitos saudáveis que envolvem a alimentação adequada, a redução de peso, a cessação do tabagismo, além de atividade física regular¹.

No tratamento medicamentoso das dispepsias, os antissecretores de ácido clorídrico são indicados, pois reduzem a secreção de ácido gástrico⁴. Dentre eles, os Inibidores da Bomba de Prótons (IBP), que representam o principal componente no esquema de erradicação da bactéria gástrica

Helicobacter pylori, atualmente empregado². Porém, estudos demonstram que entre 40% e 65% das prescrições dos IBP não apresentam indicação correta⁵⁻⁶. Destaca-se que a prescrição inapropriada inclui o uso de medicamentos, em uma frequência ou por um período, superiores aos clinicamente indicados⁵.

Assim, no tratamento da dispepsia, é recomendada a prescrição dos IBP na menor dose e pelo menor tempo de tratamento, considerando a condição alvo do tratamento. Além disso, a retirada deve ser gradual, para os pacientes que utilizam o IBP por mais de seis meses⁷.

Uma diretriz sobre o uso dos IBP, desenvolvida por grupo de pesquisadores no Canadá, recomenda a desprescrição, ou seja, a redução da dose, interrupção ou uso de dosagem sob demanda nos períodos sintomáticos, em adultos que completaram um mínimo de quatro semanas de tratamento com IBP para dispepsia ou DRGE, leve ou moderada, ou esofagite cujos sintomas foram resolvidos⁵.

É recomendada a descontinuação de IBP antes de oito semanas de uso ou a redução da dose para tratamento de manutenção ou profilaxia de úlcera péptica, esofagite ou DRGE^{5,7}.

1.1 Problemas relacionados ao uso prolongado de Omeprazol

Os antissecretores de ácido clorídrico podem mascarar sintomas de câncer gástrico⁴. Dessa forma, com a melhora dos sintomas, após o uso de IBP pelo tempo adequado, é recomendado avaliar a possibilidade de redução de dose ou a substituição por fármacos de outras classes⁴. A utilização de IBP com duração limitada (entre quatro e oito semanas) é adequada para o tratamento da maioria das doenças gástricas⁸.

O uso prolongado de IBP é rotineiro e, por isso, torna-se necessário o conhecimento dos vários efeitos colaterais que tal uso acarreta aos pacientes⁸.

Na literatura, as seguintes situações clínicas são consideradas potenciais como consequência do uso prolongado de IBP, a saber: hipergastrinemia, infecção por *Clostridium difficile* e outras infecções entéricas como salmonela e campylobacter, colonização intestinal por micro-organismos multirresistentes, gastrite atrófica crônica, colite microscópica, doença inflamatória intestinal, hipomagnesemia, redução da absorção de cálcio e risco de fraturas, dificuldade na absorção de vitamina B12 e de ferro, nefrite intersticial aguda, aumento do risco de doença renal crônica e lúpus induzido por IBP^{4,7-8}.

Outras situações com menor evidência, no entanto, que merecem atenção são o possível aumento do risco de infecção por COVID-19, a incidência de demência e a pneumonia, relacionados ao uso de Omeprazol⁷.

De acordo com o Consenso Brasileiro de Medicamentos Potencialmente Inapropriados para Idosos, o Omeprazol é descrito como medicamento que deve ser evitado nessa faixa etária, independente da condição clínica, devido ao potencial para o desenvolvimento de osteoporose e fraturas, demência e insuficiência renal pelo uso prolongado de IBP¹⁰. O uso inadequado nessa faixa etária torna-se motivo de grande preocupação, uma vez que esses pacientes frequentemente possuem comorbidades e utilizam polifarmácia, aumentando o risco de efeitos adversos em longo prazo e de interações medicamentosas².

Destaca-se algumas interações medicamentosas importantes com o Omeprazol, que podem causar aumento do risco de toxicidade dos fármacos utilizados concomitantemente, como os benzodiazepínicos, a digoxina e a carbamazepina⁴. Além disso, pode ocorrer aumento do efeito anticoagulante da varfarina, com risco de sangramento, e a redução da ação antiplaquetária do clopidogrel, com risco de eventos tromboembólicos, quando associados aos IBP⁴.

O uso inadequado e questionável de IBP, quando não existem evidências documentadas, pode ocorrer pela falsa percepção que muitos prescritores apresentam sobre a segurança desses medicamentos, levando a ausência de avaliação dos riscos e benefícios da terapia, principalmente em longo prazo. Estudos demonstram que, frequentemente, os prescritores não revisam ou documentam a indicação dos IBP, resultando no uso em longo prazo ou mesmo indefinido desses medicamentos².

2. Objetivo

Orientar o uso adequado do Inibidor da Bomba de Prótons, o Omeprazol, no tratamento das dispepsias e outras afecções digestivas.

3. Tratamento

3.1. Tratamento não farmacológico

É indispensável o aconselhamento do paciente, a identificação e a suspensão, quando possível, de medicamentos de uso habitual que possam ser responsáveis pelos sintomas dispépticos, dentre eles, os anti-inflamatórios não esteroidais (AINES), os corticosteroides, os antagonistas dos canais de cálcio, os nitratos orgânicos, a teofilina e os bifosfonatos³.

O aconselhamento inclui a alimentação adequada (com orientações sobre a redução do consumo de bebidas alcoólicas, de alimentos ricos em cafeína, tais como cafés, chás, chocolates e achocolatados, além de bebidas gasosas, condimentos, produtos do tomate e de alimentos gordurosos), a elevação da cabeceira da cama (15 cm), evitar refeições duas horas antes do horário de dormir, a redução de peso e a cessação do tabagismo. Também, é necessário orientar o paciente sobre evitar hábitos, atribuídos como precipitantes da dispepsia, associados aos fatores emocionais e ao estresse³.

3.2. Tratamento farmacológico

Medicamentos padronizados na REMUME: antiácidos e antissecretores do ácido clorídrico, orais.

3.2.1 Antiácido: Hidróxido de Magnésio associado ao Hidróxido de Alumínio

Combinação capaz de aliviar pirose e desconforto epigástricos, comuns nos distúrbios digestivos funcionais⁴.

3.2.2 Inibidor da Bomba de Prótons: Omeprazol

Pró-fármaco, que necessita do meio ácido para a sua ativação, e atua diretamente nas células parietais do estômago, reduzindo a secreção diária de ácido clorídrico em torno de 80% a 95%⁹.

Assim, é importante orientar sobre a ingestão das cápsulas de Omeprazol com o estômago vazio, ou seja, de 30 a 60 minutos antes de uma refeição (de preferência, antes do café da manhã). Pacientes que apresentam dificuldade de deglutição podem abrir a cápsula, imediatamente, antes da administração e os grânulos intactos devem ser misturados com pequena quantidade de bebida ácida como, por exemplo, o suco de laranja. Os grânulos não devem ser mastigados ou misturados com leite⁴.

O Omeprazol não deve ser utilizado para alívio imediato da pirose, pois pode levar de um a quatro dias para alcançar o efeito completo. As bebidas alcoólicas devem ser evitadas durante o tratamento com Omeprazol⁴.

4. Indicações de tratamento com IBP

Considerando a necessidade de padronização do uso dos IBP na rede municipal de saúde e os múltiplos efeitos indesejáveis decorrentes do uso prolongado desse grupo farmacológico, foram estabelecidas as indicações de uso, as respectivas dosagens e durações de tratamento com Omeprazol, descritos na Tabela 1.

São procedentes prescrições de IBP por profissionais dentistas, desde que para o uso específico durante o tratamento odontológico com o objetivo de reduzir ou prevenir as reações adversas gástricas decorrentes uso odontológico de AINES, administrados pela via oral, em pacientes com pré-disposição aos distúrbios gástricos.

Tabela 1. Indicação de uso e recomendações de dosagem e duração de tratamento com o IBP.

Indicação	CID	Dosagem e duração de tratamento recomendados	Prescritores
Dispepsia	K30	Omeprazol 20 mg por 4 a 8 semanas ²	Clínico Geral e Gastroenterologista
Úlcera Péptica Gástrica ou Duodenal	K25 K26	Omeprazol 20 mg a 40 mg por 4 a 8 semanas ^{4,8}	Clínico Geral e Gastroenterologista
Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE)	K21	Omeprazol 20 mg por 4 a 8 semanas ⁸	Clínico Geral e Gastroenterologista
Esofagite	K20	Omeprazol 20 mg a 40mg por 4 a 8 semanas ^{4,11}	Clínico Geral e Gastroenterologista
Esôfago de <i>Barrett</i>	K22.7	Terapia de IBP personalizada de longo prazo ²	Gastroenterologista (preenchimento obrigatório de formulário – Anexo III)
Síndrome de <i>Zollinger-Ellison</i>	E16.4	Altas doses de Omeprazol por tempo indeterminado poderá ser necessário ²	Gastroenterologista (preenchimento obrigatório de formulário – Anexo III)
Gastropatia associada ao uso crônico de anti-inflamatórios não esteroidais (AINES)	K25	Omeprazol 20mg/dia (iniciando com a primeira dose do AINE e durante o seu uso) ²	Clínico Geral e Especialistas (preenchimento obrigatório de formulário – Anexo III)
Erradicação da <i>Helicobacter Pylori</i>	Vide CID citados acima	Omeprazol 20 mg + amoxicilina 1 g + claritromicina 500 mg de 12/12horas durante 10 a 14 dias ^{12,13,14} Em casos de resistência: Omeprazol 20 mg + amoxicilina 1 g + levofloxacina 500 mg de 24/24horas durante 10 a 14 dias ¹⁴ Alérgicos a penicilina: Omeprazol 20 mg + claritromicina 500 mg 12/12 horas + levofloxacina 500 mg 24/24 horas durante 14 dias ^{12,13,14}	Clínico Geral e Gastroenterologista

5. Fluxo de atendimento e de tratamento.

O fluxo de tratamento encontra-se descrito no ANEXO I.

5.1 Abordagem inicial na Atenção Primária¹⁴: A maioria das queixas de trato gastrointestinal como pirose, azia, refluxo, gastroenterite aguda sem complicações, devem ser manejadas na Unidade de Saúde.

5.2 Situações que devem ser tratadas na Unidade de Saúde¹⁴: Gastrite aguda sem complicações/infecção *Helicobacter pylori*. DRGE não complicada. Quadro clínico suspeito de parasitose intestinal.

5.3 Situações nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA): Nas UPA é disponibilizada a apresentação do IBP 40mg frasco-ampola para administração endovenosa (EV). Para a dispensação do IBP EV, o farmacêutico deverá discutir com a equipe clínica a necessidade da administração EV, por exemplo, para pacientes com dificuldade de deglutição, casos de hemorragia digestiva alta, entre outros. Caso não haja indicação, deverá ser prescrita e dispensada a apresentação oral do Omeprazol, de acordo com os critérios descritos neste protocolo. Recomenda-se a prescrição de Omeprazol oral somente por tempo limitado nas UPA, para no máximo duas semanas.

5.4 Critérios de encaminhamento ao especialista¹⁵:

a) Pacientes portadores de *Helicobacter pylori*: Na presença de metaplasias, displasias e/ou gastrite atrófica.

b) Pacientes submetidos ao tratamento de *Helicobacter pylori* que apresentarem resistência bacteriana ao tratamento inicial realizado na Unidade de Saúde: Devem ser encaminhados ao ambulatório da gastroenterologia. Pacientes com suspeita de neoplasia do trato gastrointestinal ou hepática devem ser priorizados no encaminhamento ao gastroenterologista.

c) DRGE: Pacientes refratários ao tratamento otimizado por 2 meses (medidas comportamentais associadas ao IBP dose plena).

d) Dispepsia: Pacientes apresentando dispepsia não controlada com tratamento clínico otimizado (IBP por 8 semanas e erradicação *Helicobacter pylori*); Pacientes com úlcera péptica que persiste após o controle endoscópico (realizado 8 a 12 semanas do início do tratamento); Pacientes com dispepsia e sinais de alarme.

e) Alteração na endoscopia digestiva alta: Esofagite grau C ou D de *Los Angeles*, estenose péptica, hérnia hiatal, endoscopia com esôfago de *Barrett* ou metaplasia intestinal gástrica com presença de displasia identificada na biópsia; Confirmação de erradicação de *Helicobacter pylori* em paciente com úlcera péptica (8 a 12 semanas após tratamento da infecção); Úlcera péptica que persiste após controle endoscópico (realizado 8 a 12 semanas após início do tratamento) ou na impossibilidade de acompanhamento endoscópico apropriado na Unidade de Saúde.

6. Critérios para desprescrição de IBP

Embora não exista um método específico que seja universalmente aceito para a descontinuação do IBP, a literatura orienta que para os pacientes que utilizam esse grupo farmacológico por mais de seis meses, a retirada deve ser gradual, sendo a dose reduzida em 50% por semana. Quando o paciente utilizar a dose mais baixa por uma semana, esse deverá ser instruído pelo profissional médico a interromper o uso do IBP⁷. O Fluxograma para a descontinuação do Omeprazol encontra-se ilustrado no Anexo II.

No processo de retirada do Omeprazol, o paciente deve ser monitorado para a avaliação de recidivas e em relação à adesão ao tratamento não farmacológico. Nesse sentido, caso o paciente apresentar recidiva, com o retorno de sintomas ou com dificuldades na adesão às medidas não farmacológicas, poderá recorrer às consultas farmacêuticas para as orientações e acompanhamento.

O profissional farmacêutico, se necessário, poderá realizar a prescrição do antiácido (Hidróxido de magnésio associado ao Hidróxido de Alumínio - 60mg + 40mg/mL), conforme sintomatologia.

Caso necessário, a utilização do Omeprazol sob demanda (se os sinais/sintomas reaparecerem) também pode ser uma opção, sendo utilizado diariamente, até a resolução dos sintomas, desde que prescrito pelo médico^{16,17}.

7. Orientações Importantes

Pacientes com dispepsia devem ser aconselhados a realizar mudanças no estilo de vida, que inclui a alimentação adequada (com orientações sobre a redução do consumo de bebidas alcoólicas, de alimentos ricos em cafeína, tais como cafés, chás, chocolates e achocolatados, além de bebidas gasosas, condimentos, produtos do tomate e de alimentos gordurosos), a elevação da cabeceira da cama (15 cm), evitar refeições duas horas antes do horário de dormir, a redução de peso e a cessação do tabagismo³.

Ainda, deve-se orientar os pacientes a suspender o uso de medicamentos que causam dispepsia, quando possível, os AINES, os corticosteroides, os antagonistas dos canais de cálcio, os nitratos orgânicos, a teofilina e os bifosfonatos^{3,4}.

O Omeprazol deverá ser ingerido de 30 a 60 minutos antes das refeições e deverá ser utilizado pelo menor período de tempo no tratamento e no controle dos sintomas dispépticos⁷.

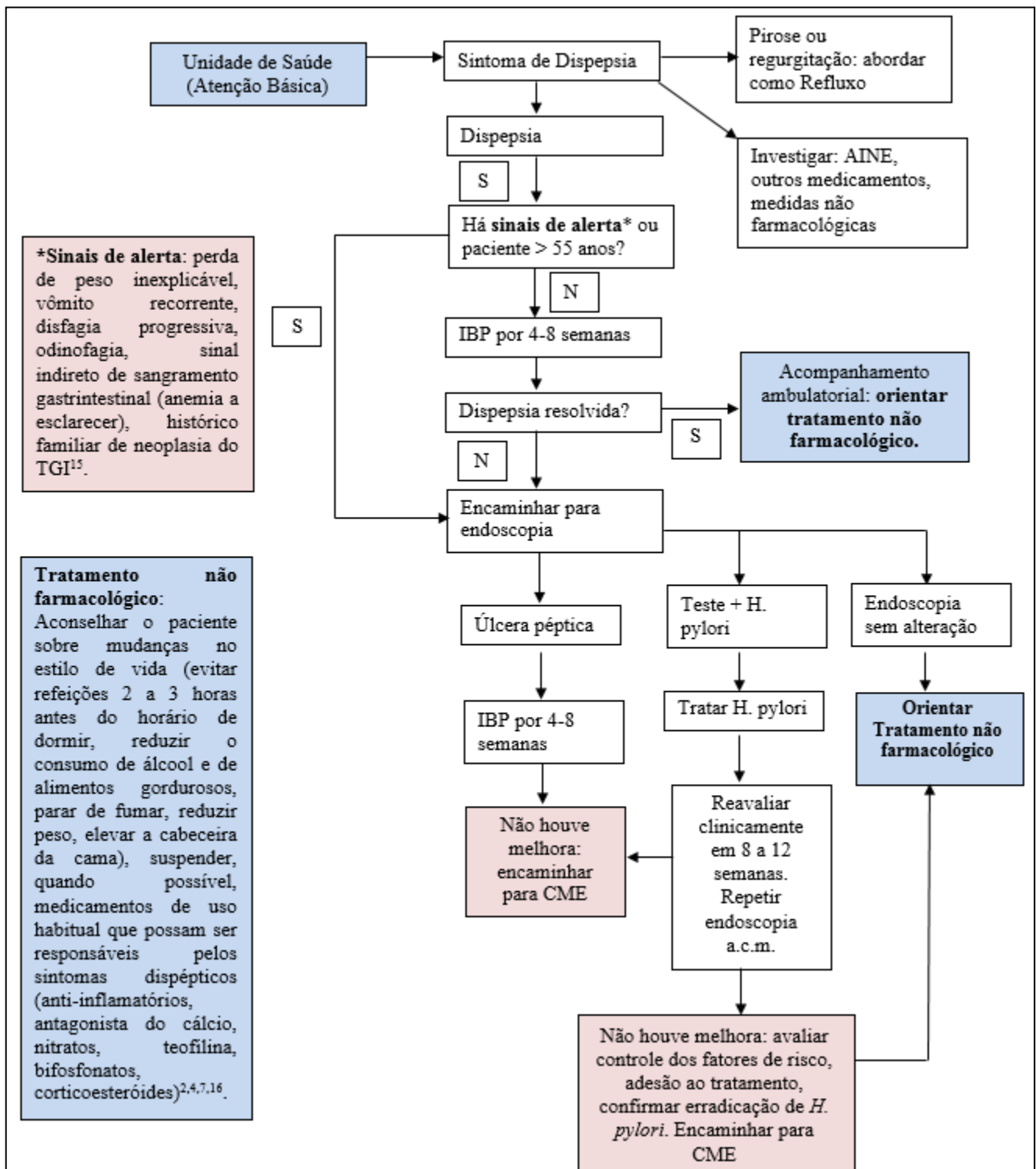
A EDA deve ser realizada durante um período sintomático e sem uso de medicamentos que atuem no estômago¹, pois a administração de IBP resulta na incapacidade de detectar o micro-

organismo (*Helicobacter pylori*), interferindo nos testes de diagnóstico baseados em urease. Recomenda-se não tomar o IBP por pelo menos duas semanas antes da EDA, ou a critério médico².

Referências

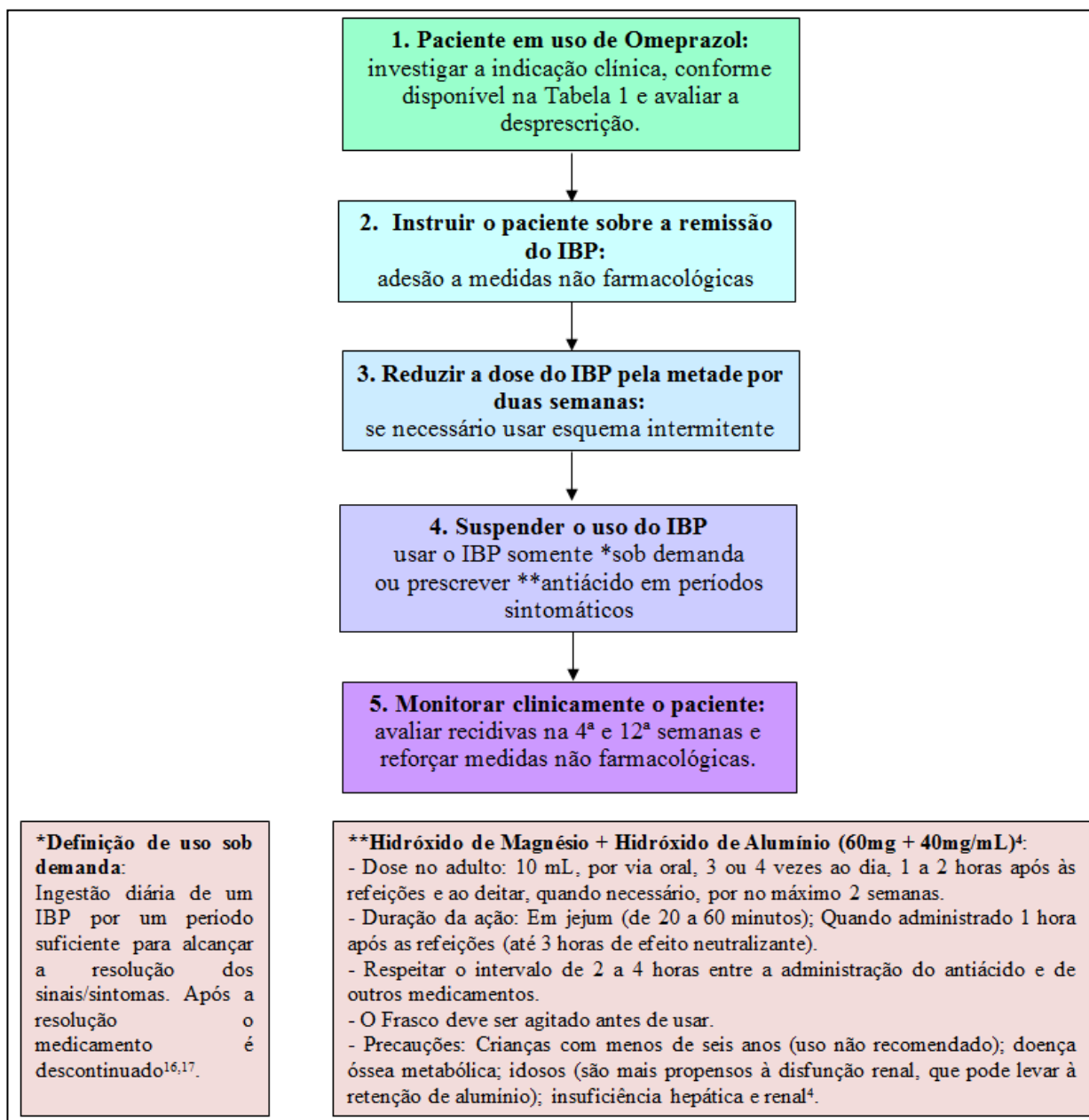
1. Homepage. Sociedade Brasileira de Motilidade Digestiva e Neurogastroenterologia. Dispepsia. Março, 2019. Disponível em: <http://www.sbmdn.org.br/dispepsia/> Acesso: 22 set 2022.
2. Scarpignato, C., Gatta, L., Zullo, A. et al. Effective and safe proton pump inhibitor therapy in acid-related diseases – A position paper addressing benefits and potential harms of acid suppression. *BMC Med* 14, 179 (2016) doi:10.1186/s12916-016-0718-z. Disponível em: <https://bmcmecine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-016-0718-z#citeas>. Acesso em: 22 set 2022.
3. BLUM, V. F. Fundamentação Teórica: Dispepsia. UNASUS. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/casos_complexos/Natasha/Complexo_10_Natasha_Dispepsia.pdf. Acesso: 22 set 2022.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/formulario_terapeutico_nacional_2010.pdf. Acesso: 22 set 2022.
5. Desprescrição dos inibidores da bomba de prótons: um algoritmo - Medscape - 26 de julho de 2017. Disponível em: https://portugues.medscape.com/verartigo/6501408#vp_1. Acesso em: 22 set 2022.
6. FARRELL B, POTTIE K, THOMPSON W, et al. Deprescribing proton pump inhibitors: evidence-based clinical practice guideline. *Can Fam Physician*. 2017;63:354-364. Disponível em: <http://www.cfp.ca/content/63/5/354.long>. Acesso em: 22 set 2022.
7. WOLF, M D. Proton pump inhibitors: Overview of use and adverse effects in the treatment of acid related disorders. Lat update: jul 27, 2022. UptoDate
8. FRAGOSO, ECS. Efeitos da utilização a longo prazo de inibidores da bomba de prótons. Instituto Universitário Egas Moniz, 2019. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28301/1/Fragoso_Estela_Cristina_Serrano.pdf. Acesso: 22 set 2022.
9. GOODMAN E GILMAN, As bases farmacológicas da terapêutica/editores responsáveis, Laurence L. Brunton, Bruce A. Chabner, Bjorn C. Knollmann; [tradução da 12.ed.original, Augusto Langeloh... et al; revisão técnica, Almir Lourenço da Fonseca]. – Porto Alegre; AMGH, 2012.
10. OLIVEIRA MG, AMORIM WW, OLIVEIRA CRB, COQUEIRO HL, GUSMÃO LC, PASSOS LC. Consenso Brasileiro de Medicamentos Potencialmente Inapropriados para Idosos. Consenso Medicamentos Inapropriados, 2016. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/ggaging.com/pdf/v10n4a02.pdf> Acesso: 22 set 2022.
11. Homepage. MedicinaNet. Omeprazol. Disponível em: <https://www.medicinanet.com.br/conteudos/medicamentos/406/omeprazol.htm> Acesso: 22 set 2022.
12. MATTOS, L. A. G. J. Quarto Consenso Brasileiro sobre Infecção por H.Pylori. Disponível em: <https://socgastro.org.br/novo/2019/06/quarto-consenso-brasileiro-sobre-infeccao-por-h-pylori-3/>. Acesso: 22 set 2022.
13. MENDES, I. C. M. Como é o manejo da infecção por *Helicobacter pylori*? Portal Pubmed. 12 abril 2019. Disponível em: <https://pubmed.com.br/como-e-o-manejo-da-infeccao-por-helicobacter-pylori/#>. Acesso: 22 set 2022.
14. Coelho LGV, Marinho JR, Genta R, Ribeiro LT, Passos MDCF, Zaterka S, et al. IV TH Brazilian Consensus Conference On *Helicobacter Pylori* Infection. *Arq Gastroenterol*. 2018 Apr 16. pii: S0004-28032018005001101. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032018005001101&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Acesso: 22 set 2022.
15. SÃO JOSE DO RIO PRETO. Abordagem na Atenção Especializada. Protocolos de Encaminhamento, 2019. Disponível em: <http://gestao.saude.riopreto.sp.gov.br/transparencia/uploads/consupubl/0a2322ee-eb74-5d69.pdf>). Acesso: 22 set 2022.
16. B, Pottie K, Thompson W, Boghossian T, Pizzola L, Rashid FJ, et al. Deprescribing proton pump inhibitors. Evidence-based clinical practice guideline. *Can Fam Physician* 2017;63:354-64 (Eng), e253-65 (Fr). Acesso em: 22 set 2022.
17. CFF. Guia de prática clínica: sinais e sintomas do trato gastrointestinal: azia (acidez/pirose) e dispepsia / Conselho Federal de Farmácia. – Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2020. 200 p. : il. (Guias de prática clínica para farmacêuticos, 4) ISBN 978-65-87599-01-4. DOI 10.14450/profar.9786587599007 Acesso em: 22 set 2022.

ANEXO I



Fluxograma de Tratamento

ANEXO II
Fluxograma para descontinuação do IBP (Omeprazol 20 mg)



ANEXO III

FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE OMEPRAZOL 20 MG

Este formulário deve ser preenchido nos casos de tratamento com IBP por duração superior a 8 semanas de tratamento

Identificação do paciente

Nome _____

Data de nascimento: ____/____/____

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

CID _____

Diagnóstico _____

Duração de tratamento com IBP _____

Termo de ciência: Os antissecretores podem mascarar sintomas de câncer gástrico. Assim, com a melhora dos sintomas após o uso do medicamento pelo tempo adequado, é recomendado avaliar a possibilidade de redução de doses ou substituição por fármacos de outras classes.

As seguintes situações clínicas são consideradas potenciais como consequência do uso prolongado de IBP, a saber: hipergastrinemia, infecção por *Clostridium difficile* e outras infecções entéricas como salmonela e campylobacter, colonização intestinal por micro-organismos multirresistentes, gastrite atrófica crônica, colite microscópica, doença inflamatória intestinal, hipomagnesemia, redução da absorção de cálcio e risco de fraturas, dificuldade na absorção de vitamina B12 e de ferro, nefrite intersticial aguda, aumento do risco de doença renal crônica e lúpus induzido por IBP.

Outras situações com menor evidência, no entanto, que merecem atenção são o possível aumento do risco de infecção por COVID-19, a incidência de demência e a pneumonia, relacionados ao uso de omeprazol

Destaca-se algumas interações medicamentosas importantes com o omeprazol, que podem causar aumento do risco de toxicidade dos fármacos utilizados concomitantemente, como os benzodiazepínicos, a digoxina e a carbamazepina. Além disso, pode ocorrer aumento do efeito anticoagulante da varfarina, com risco de sangramento, e a redução da ação antiplaquetária do clopidogrel, com risco de eventos tromboembólicos, quando associados aos IBP.

Declaro que estou ciente das informações por mim prestadas e das recomendações recebidas, dos efeitos colaterais e da necessidade de acompanhamento clínico.

Médico: _____ **CRM:** _____ **Especialidade:** _____

Local de trabalho: _____ **Telefone:** _____

Data: ____/____/____

Carimbo e assinatura do médico

Paciente ou responsável