PONTA GROSSA PREFEITURA | FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTA GROSSA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

GERÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

PROTOCOLO DE TRATAMENTO DE *Helicobacter pylori (HP)* NA ATENÇÃO BÁSICA

PONTA GROSSA

2023

Elizabeth Schmidt
Prefeita do Município de Ponta Grossa

Juliane Dorosxi Stefanczak

Presidente da Fundação Municipal de Saúde

Danielle Cristhine Fabian

Gerência de Atenção Primária em Saúde

Maria Aparecida da Costa Silva

Gerência de Assistência Farmacêutica

Equipe Técnica - Colaboradores:

Caroline Roskosz de Castro – Farmacêutica

Daniela de Paula Almeida Lazari – Enfermeira

Débora Viviane Stadler – Enfermeira

Francielly de Souza Campos – Enfermeira

Juliano Taekawa – Médico

Luciana Gasparello – Enfermeira

Manon Callaça – Enfermeira

Mariane Sanson Wayar – Cirurgiã Dentista

Matheus Fernando Rietter Quintino Ferreira – Médico

Milton Machota Junior – Médico

Paola Faria Gomes Martins – Enfermeira

Sollon Martin Alves – Médico

INTRODUÇÃO

A *Helicobacter pylori* (HP) continua a ser um grande problema de saúde mundialmente. É um conhecido fator de risco para úlcera péptica e câncer gástrico, este último é o quinto câncer mais prevalente na população brasileira. O ônus da doença recai de forma desproporcional sobre as populações com menos recursos. O maior impacto na redução desse ônus depende de melhorias socioeconômicas que interrompam a transmissão.

As diretrizes clínicas, por vezes, são discordantes em muitos aspectos. É muito difícil para as diretrizes serem relevantes para diferentes populações com espectros variados da doença, taxas de resistência microbiana e recursos distintos. Com a maior disponibilização da oferta da endoscopia digestiva alta no município e a baixa disponibilidade dos fármacos para tratamento da doença no sistema público de saúde, se faz necessário um guia que norteie as condutas clínicas tomadas visando otimizar os recursos disponíveis e oferecer o melhor tratamento aos usuários, adaptando as orientações presentes na literatura à realidade local.

QUANDO SUSPEITAR DE HP

Quando o paciente apresentar sintomas de dispepsia, como indigestão pós-prandial, sensação de saciedade, dor epigástrica, queimação epigástrica devemos pensar em infecção por HP como diagnóstico diferencial. Existe também uma correlação positiva entre HP e anemia ferropriva, púrpura trombocitopênica idiopática e deficiência de vitamina B12. Quando afastadas as causas mais comuns de anemia ferropriva ou deficiência de vitamina B12, e considerando o quadro clínico do paciente como um todo, pode se suspeitar de HP.

Apesar de a literatura recomendar o teste respiratório com ureia 13C como o método de escolha para rastreio não invasivo da infecção por HP, este exame não está disponível no SUS. Havendo suspeita clínica de HP, deve ser solicitado a endoscopia digestiva alta (EDA) para confirmação diagnóstica. Não há recomendação científica que oriente realizar rastreio em pacientes assintomáticos solicitando EDA, sendo este exame reservado exclusivamente para diagnóstico de pacientes sintomáticos e seguimento de pacientes que realizaram o esquema terapêutico regular.

ORIENTAÇÕES EDA

O exame histológico é considerado o padrão ouro para diagnóstico da infecção por HP e permite avaliação de mudanças estruturais na mucosa. A sua acurácia é afetada pela localização e número de biópsias, técnicas de coloração, nível de experiência do patologista, além do uso dos inibidores da bomba de próton (IBP) e antibióticos. Os IBP podem induzir um resultado falso negativo devido a diminuição da carga bacteriana tecidual. Eles devem ser suspensos duas semanas antes da realização da EDA.

FLUXO DE TRATAMENTO

A primeira linha de tratamento deve ser realizada com o seguinte esquema, conhecido como terapia tripla:

Omeprazol 20 mg - 1 cápsula - 12/12 horas

+

Amoxicilina 500 mg - 2 cápsulas - 12/12 horas

+

Claritromicina 500 mg - 1 comprimido - 12/12 horas

Duração de 14 dias

Em casos de pacientes alérgicos a amoxicilina, esta pode ser substituída pelo levofloxacino 500 mg uma vez ao dia. No entanto, este não está disponível na rede pública, e não pode ser substituído pelo ciprofloxacino.

Em casos de falha terapêutica, pode-se repetir o esquema acima associado ao metronidazol 250 mg, dois comprimidos de 12 em 12 horas por 14 dias. Outros esquemas terapêuticos de segunda linha não estarão contemplados neste texto por não estarem disponíveis via SUS.

FLUXO DE PRESCRIÇÃO E DISPENSAÇÃO

A liberação da claritromicina será realizada na Farmácias Central XV de Novembro (FCXV) e nas Unidades de Saúde com a presença de farmacêuticos, mediante apresentação de receita médica realizada apenas pelos médicos pertencentes à rede municipal de atendimento da Atenção Básica das USF e UBS da Fundação Municipal de Saúde de Ponta Grossa e pelos médicos gastroenterologistas conveniados. Todas as prescrições devem conter o CID-10 K29 no campo de observações. Também será limitada a dispensa de apenas 28 comprimidos por paciente em um período de dois meses.

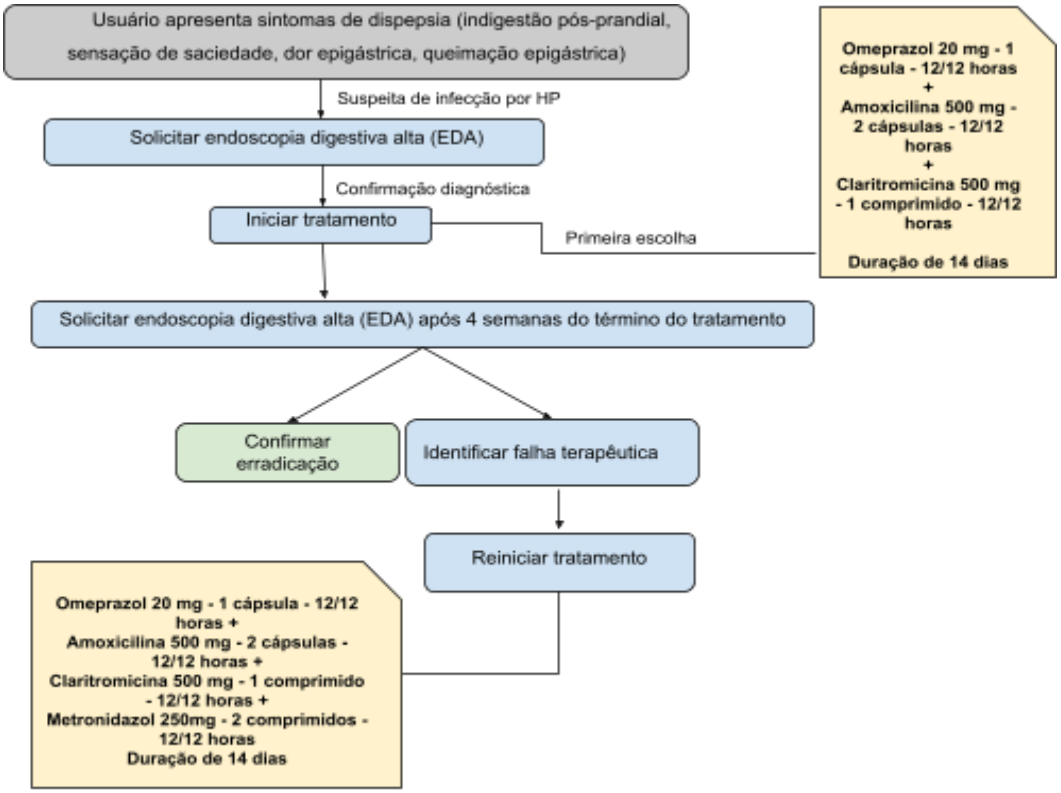
Não serão aceitos receituários médicos advindos de odontólogos, de médicos das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPAs) e de serviços particulares. Tampouco serão liberados mais do que 28 comprimidos de claritromicina independente do prescritor.

Para as Unidades de Saúde que não possuem farmacêutico, a prescrição deve ser desmembrada: omeprazol 20 mg + amoxicilina 500 mg para atendimento na unidade de saúde e claritromicina 500mg para atendimento na FC.

SEGUIMENTO

O screening para confirmar a erradicação da doença pode ser realizado preferencialmente com EDA após 4 semanas do término do tratamento.

FLUXOGRAMA



REFERÊNCIAS

Coelho LGV, Marinho JR, Genta R, Ribeiro LT, Passos MCF, Zaterka S, Assumpção PP, Barbosa AJA, Barbuti R, Braga LL, Breyer H, Carvalhaes A, Chinzon D, Cury M, Domingues G, Jorge JL, Maguilnik I, Marinho FP, Moraes Filho JP, Parente JML, Paula-e-Silva CM, Pedrazzoli Júnior J, Ramos AFP, Seidler H, Spinelli JN, Zir JV. IVth Brazilian Consensus Conference on *Helicobacter pylori* infection

Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain CA, Gisbert JP, Kuipers EJ, Axon AT, et al. Management of *Helicobacter pylori* infection-the Maastricht V/Florence Consensus Report. Gut. 2017;66:6-30.

Carlo A. Fallone, Naoki Chiba, Sander Veldhuyzen van Zanten, Lori Fischbach, Javier P. Gisbert, Richard H. Hunt, Nicola L. Jones, Craig Render, Grigorios I. Leontiadis, Paul Moayyedi and John K. Marshall. The Toronto Consensus for the Treatment of Helicobacter pylori Infection in Adults. Canadian Association of Gastroenterology. Gastroenterology 2016;151:51–69.

William D . Chey , MD , FACG, Grigorios I. Leontiadis , MD, PhD, Colin W. Howden , MD, FACG a n d Steven F . Moss , M D , FACG. ACG Clinical Guideline: Treatment of Helicobacter pylori Infection. Am J Gastroenterol 2017; 112:212–238; doi:10.1038/ajg.2016.563; published online 10 January 2017.

Diretrizes mundiais da Organização Mundial de Gastroenterologia - Helicobacter pylori. Disponível em: <https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/helicobacter-pylori-portuguese-2021.pdf>. Acesso em: 14 sep. 2022.