



# Dispepsia

Resumo de diretriz NHG M36 (terceira revisão, janeiro 2013)

Mattijs Numans, Niek de Wit, Jos Dirven, Corien Heemstra-Borst, Gerard Hurenkamp, Mieke Scheele, Jako Burgers, Roeland Geijer, Egbert de Jongh

traduzido do original em holandês por Luiz F.G. Comazzetto • 2014

autorização para uso e divulgação sem fins lucrativos à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

## Conteúdo

- Diagnóstico
  - Anamnese
  - Exame físico
  - Exames adicionais
  - Avaliação
- Conduta
  - Os sintomas de alarme
  - Sintomas causados por uso de NSAIDs<sup>1</sup> (ou outra medicação relevante)
  - Primeiro episódio de dispepsia
  - Dispepsia recorrente ou persistente / uso de IBPs<sup>2</sup> (>2-3 meses)
  - Encaminhamentos e conduta após gastroscopia
- Uso crônico de IBPs<sup>2</sup>
- Proteção gástrica



O programa de diretrizes da Associação Holandesa de Clínica Geral (NHG) foi desenvolvido para médicos de clínica geral no contexto do sistema de saúde holandês. A Associação não garante a eficácia das diretrizes para utilização em outros países. A informação é apenas para uso educacional e/ou profissional e é fornecida de boa fé, sem qualquer garantia expressa ou implícita. A Associação não se responsabiliza por qualquer perda ou dano resultante do uso das informações contidas nas diretrizes. Todo o acesso e utilização é de responsabilidade do usuário final.

## Diagnóstico

### Anamnese

- Tipo de queixas: queimação, regurgitação, dores na região epigástrica, sensação de inchaço, saciedade precoce, enjôo e vômito

*Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.*

- Sinais de alarme:
  - hematêmese, melena e dispepsia combinados com vômitos persistentes, problemas ou dor de passagem do alimento pelo esôfago, perda de peso, anemia, ou evidência de perfuração no exame físico;
  - mudança repentina de queixas gástricas em paciente portando cinta de estômago.
- Gravidade, duração, curso dos sintomas, relação com o padrão de defecação e com o trabalho.
- Paciente imigrante de país com alto risco de contaminação com a bactéria *Helicobacter pylori* (Hp).
- Fatores que influenciam as queixas: uso de NSAIDs<sup>1</sup>, ácido acetilsalicílico (AAS) ou outro medicamento relevante, problemas psicossociais, intoxicação (especialmente tabagismo e etilismo), intolerância alimentar.
- Fatores de risco para carcinoma gástrico ou esofágico.
- História de queixas estomacais.

## Exame físico

- Quando houver suspeita de:
  - sangramento ou vômito excessivo: pressão arterial, pulso, enchimento capilar;
  - melena: exame de toque retal;
  - perfuração: dor à descompressão brusca<sup>3</sup>, rigidez abdominal local ou generalizada, temperatura.
- Em suspeita de outra patologia: exame do abdômen ou eventualmente outro exame.

## Exame adicional

- Na suspeita de anemia: Hb.
- Diagnóstico de Hp (exame de fezes utilizando anticorpos monoclonais ou teste respiratório C13; preparação: 4 semanas sem ingestão de antibióticos, 2 semanas sem ingestão de IBPs e 1 dia sem uso de antagonista do receptor H<sub>2</sub>)
  - antes de iniciar IBP em pacientes provenientes de países com alto risco de Hp.
  - em sintomas persistentes ou recorrentes;
  - após cada tratamento de erradicação de Hp;

*Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.*

- se houver indicação de NSAID e histórico de úlcera gastroduodenal e condição de Hp desconhecida.
- Fazer pedido de gastroscopia nos seguintes casos:
  - em sintomas de alarme;
  - 8 semanas após o início do tratamento de úlcera gástrica comprovada;
  - em pacientes acima de 40 anos com parente de primeiro grau com câncer gástrico familiar (ou 5 anos abaixo da idade em que foi diagnosticado em um parente de primeiro grau onde o diagnóstico foi efetuado abaixo de 40 anos).
- Considere gastroscopia:
  - após um primeiro episódio de sintomas gástricos em idade acima 50 anos, especialmente em idade avançada, sexo masculino ou fatores de risco para o câncer gástrico ou esofágico;
  - necessidade de certeza do diagnóstico.
- Seja cauteloso com o pedido de gastroscopia em pacientes abaixo de 50 anos sem sintomas alarme.

## Avaliação

Distinção de tipos, quando sintomas de alarme forem ausentes (ver anamnese):

- dispepsia induzida pelo uso de NSAIDs ou outra medicação relevante;
- primeiro episódio de dispepsia: a duração dos sintomas abaixo de 2 a 3 meses;
- sintomas dispépticos persistentes ou recorrentes (sintomas com duração > 2 a 3 meses ou recorrência < 1 ano após o primeiro episódio) ou uso prolongado de IBPs (> 2 a 3 meses);
- desordem em outra estrutura ou órgão que o esôfago distal, estômago ou duodeno.

## Conduta

### Os sintomas de alarme

- Perfuração ou instabilidade circulatória em hematêmese ou melena: encaminhamento urgente.
- Em hematêmese ou melena sem instabilidade circulatória, em vômitos persistentes e dor no estômago com início repentino grave ou com agravamento rápido da dor em

*Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.*

paciente com banda gástrica: consultar diretamente um especialista e referência dentro de uma ou algumas horas.

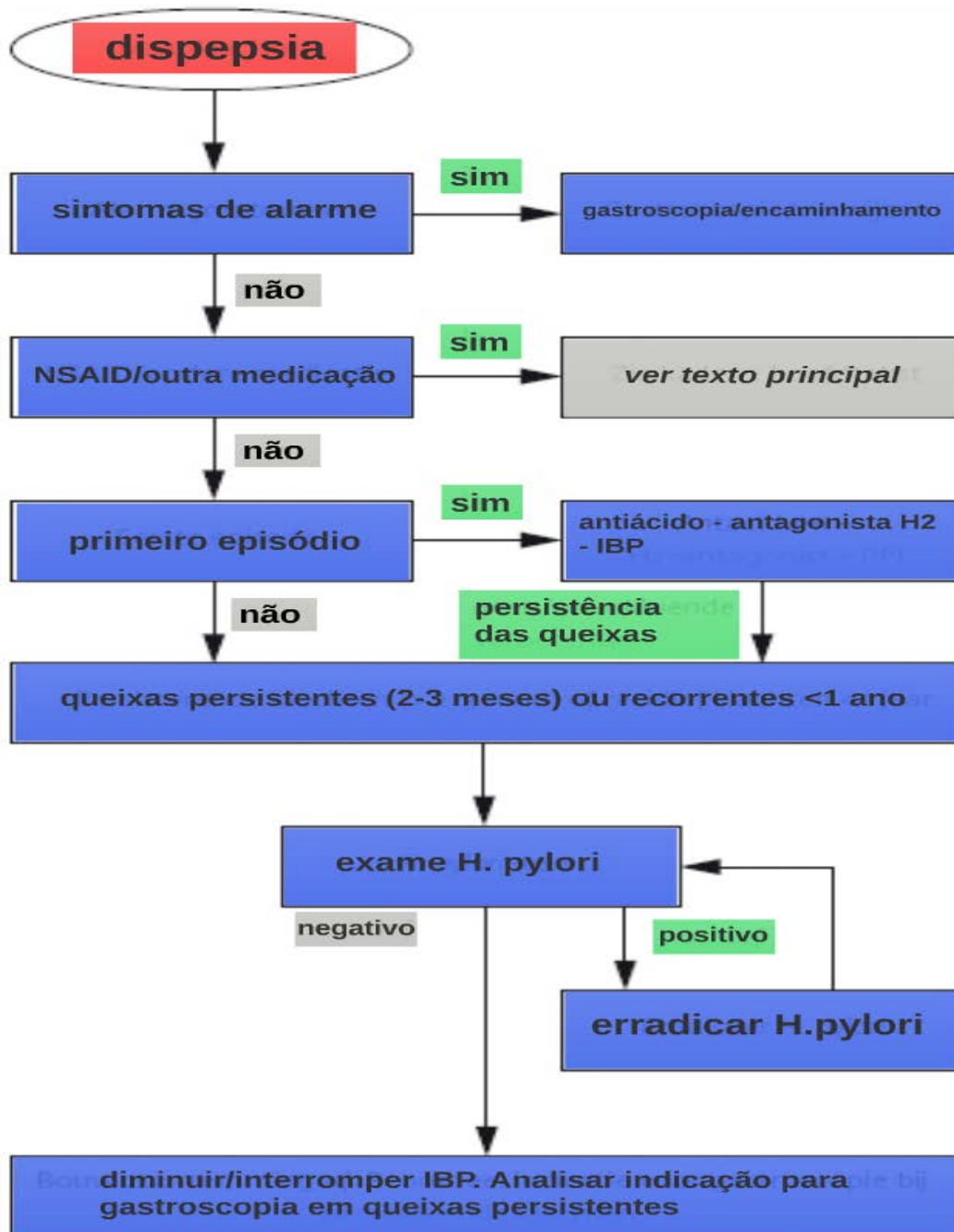
- Em desordem ou dor de passagem do alimento, perda de peso não intencional ou anemia: encaminhamento a curto prazo.

### Sintomas causados por uso de NSAIDs (ou outra medicação relevante)

- Se não houver indicação adequada para uso de NSAID: descontinuar/substituir o NSAID, prescrever um IBP durante duas semanas e depois diminuir a dose ou descontinuar.
- Quando a indicação de NSAID for adequada:
  - prescrever IBP durante duas semanas (se misoprostol em uso, parar);
  - continue IBP se houver indicação para proteção gástrica, senão diminuir ou interromper IBP;
  - em histórico de úlcera péptica: verificar o resultado de Hp (veja “exame adicional”).
- Verifique se há uso de outros medicamentos que podem causar queixas gástricas.

### **Fluxograma: Conduta**

*Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.*



## Primeiro episódio de dispepsia

### Informação e tratamento não medicamentoso

- Evite alimentos que causem sintomas; se for o caso, discutir parar de fumar e perda peso.
- Discutir aspectos psicossociais.
- Discutir dormir com a cabeça posicionada mais alta em relação ao torso.

*Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.*

## **Tratamento medicamentoso**

- Aconselhar um antiácido. Substituir este em caso de efeito insuficiente após 2 a 4 semanas por um antagonista do receptor H<sub>2</sub>, por exemplo ranitidina, 1 vez ao dia 300 mg (antes de deitar) ou 2 vezes 150 mg.
- Se o efeito não for satisfatório após 2 a 4 semanas substituir o medicamento por um IBP em dose padrão, como o omeprazol 1 vez ao dia 20 mg, 30 minutos antes da refeição. Em efeito insuficiente após 2 a 4 semanas aumentar para 2 vezes 20 mg. Dobrar a dose em efeito insuficiente após 2 a 4 semanas para 2 doses de 40 mg.
- Nos controles: avaliar o efeito, sinalizar uma mudança no padrão de sintomas, reconsiderar o diagnóstico; tentar diminuir medicação (principalmente IBPs) em caso de efeito satisfatório.

## **Dispepsia recorrente ou persistente/uso de IBPs (>2-3 meses)**

Na ausência de sintomas de alarme ou o uso de NSAIDs e manutenção do diagnóstico: realizar exame complementar de Hp.

### **Se Hp positivo:**

- IBP, amoxicilina 1000 mg e claritromicina 500 mg (2x/dia durante 7 dias);
- em alergia à penicilina: substituir a amoxicilina por metronidazol 500 mg 2x/dia;
- prescrever IBP por mais 4 semanas (1x/dia) e, em seguida, diminuir e parar;
- repita Hp-exame a cada tentativa de erradicação, 2 semanas após interrupção do IBP;
- 2<sup>a</sup> tentativa de erradicação: substituir claritromicina por metronidazol 500 mg 2x/dia.

### **Se o resultado de Hp for negativo:**

- continuar IBP e tentar após 8 semanas diminuir e interromper medicação;
- no retorno dos sintomas após interrupção de IBP: considerar uma gastroscopia, especialmente em pacientes > 50 anos, ou reiniciar IBP (ver “primeiro episódio”);
- discutir, em uso crônico de IBP, uma tentativa de redução (repetir a tentativa se necessário).

## **Encaminhamento e conduta após gastroscopia**

- em sintomas de alarme: encaminhamento ao gastroenterologista ou um cirurgião.
- anormalidades gastroscópicas relevantes: encaminhar ao gastroenterologista.
- na suspeita de doença do refluxo gastroesofágico refratária: gastroenterologista.

*Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.*

- para problemas estomacais relacionados ao emprego: encaminhar ao médico da empresa.
- Conduta após gastroscopia a pedido do médico de família e comunidade: ver texto integral<sup>5</sup>.

## Uso crônico de IBPs

- Indicações de utilização crônica de IBP: proteção gástrica, síndrome de Zollinger-Ellison, esôfago de Barrett, esofagite com grau endoscópico C ou D.
- Desvantagens potenciais de uso crônico de IBP: fraturas osteoporóticas, infecções respiratórias e gastrointestinais (em menor medida, antagonistas dos receptores H<sub>2</sub>).
- Rever anualmente a indicação crônica de IBP.
- Recomendar diminuição ou interrupção do medicamento
  - verificar Hp e erradicar se o resultado for positivo;
  - diminuir em 3 semanas: primeiro reduzir pela metade a dose, em seguida, tomar a medicação em dias intercalados;
  - se os sintomas recorrerem (cerca de 50%): prescreva antiácido.
- Quando a interrupção do medicamento falhar: usar apenas quando necessário, na dose mais baixo do medicamento.

## Proteção Gástrica

- Parar ou substituir NSAID, se possível.
- Em necessidade de NSAID e úlcera péptica no histórico: examinar Hp e erradicar se o resultado for positivo.
- Instruir paciente a interromper o uso de NSAID se houver dor de estômago e entrar em contato imediatamente em caso de hematêmese ou melena.
- Prescrever omeprazol 20 mg uma vez por dia em NSAIDs não selectivos, como o diclofenaco, o ibuprofeno ou naproxeno, em caso de:
  - úlcera ou complicações gastrointestinais no histórico, independente de idade;
  - idade  $\geq$  70 anos;
  - dois ou mais dos seguintes fatores:
    - idade entre 60 a 70 anos;
    - artrite reumatóide, insuficiência cardíaca ou diabetes seriamente invalidantes;

*Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.*

- dose elevada de um NSAID não seletivo;
  - uso de cumarina, clopidogrel, prasugrel, ticagrelor, AAS e derivados (como inibidor de plaquetas), glicocorticóide sistêmico, ISRS<sup>6</sup>, venlafaxina, duloxetina, trazodona, ou espironolactona.
- Prescrever omeprazol 20 mg uma vez ao dia em uso diário de AAS como um inibidor de plaquetas em caso de:
    - idade  $\geq$  80 anos;
    - idade  $\geq$  70 anos e uso de cumarina, clopidogrel, prasugrel, ticagrelor, glicocorticóide sistêmico, ISRS, venlafaxina, duloxetina, trazodona ou espironolactona;
    - idade  $\geq$  60 anos e úlcera ou outras complicações relacionadas no histórico.
  - Em uso de clopidogrel, prescrever pantoprazol 40 mg uma vez ao dia ao invés de omeprazol.

#### Notas do tradutor

1. NSAIDs: anti-inflamatórios não-esteróides (*nonsteroidal anti-inflammatory drugs*)
2. IBPs: inibidor da bomba de prótons
3. Sinal de Blumberg.
4. No texto principal dessa diretriz é discutida a conduta dependente do resultado da gastroscopia.
5. ISRS: Inibidores seletivos da recaptação da serotonina.

*Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.*