

Regimes terapêuticos para a úlcera péptica e erradicação de *Helicobacter pylori* nos utentes da Rede Médicos-Sentinela

ANA PAULA MARTINS*, *****, PAULO ASCENSÃO**, CARLOS PRÍNCIPE CEIA***
MÁRIO LUZ SILVA****, PATRÍCIA FERREIRA*, ISABEL MARINHO FALCÃO*****
BRENDA MADUREIRA*, JOSÉ CABRITA*****, ANTÓNIO SOUSA GUERREIRO*****

RESUMO

Introdução: A relação entre *Helicobacter pylori* (*H.pylori*) e a doença ulcerosa péptica (DUP) está hoje perfeitamente estabelecida, bem como o benefício do uso de terapêuticas que, além de cicatrizar a úlcera, erradicam a bactéria.

Objectivo: Caracterizar as opções terapêuticas seguidas na prática clínica diária em doentes com úlcera péptica (UP) confirmada ou sujeitos a uma terapêutica de erradicação de *H.pylori*, mesmo sem úlcera confirmada.

Metodologia: Adoptou-se um modelo de estudo descritivo, com a duração de 1 ano no qual participaram 36 clínicos gerais pertencentes à rede Médicos-Sentinela. A população alvo foi de 36.408 utentes. A amostra foi constituída por 120 casos, sendo 75 de úlcera péptica confirmada por endoscopia e 45 sem úlcera péptica confirmada, aos quais o clínico instituiu terapêutica de erradicação de *H.pylori*.

Resultados: Os 75 casos de úlcera confirmada foram de localização duodenal, em 46,7% dos casos (31,4% das quais eram recidivas), e de localização gástrica em 41,4% (25,8% eram recidivas). Foi possível identificar o *H. pylori* como etiologia provável, em 24% do total de casos. Só em 52% dos doentes com úlcera confirmada foi prescrita uma terapêutica de erradicação para o agente, mas essa proporção atingiu os 94,4% quando a infecção foi confirmada.

Conclusões: As terapêuticas instituídas revelaram, de forma geral, uma prática clínica consistente com as recomendações publicadas para o tratamento da úlcera péptica, embora se tenha encontrado alguma variabilidade no tempo de duração da terapêutica com os inibidores da bomba de protões.

Palavras-Chave: Doença Ulcerosa Péptica; *Helicobacter Pylori*; Inibidores da Bomba de Protões; Médicos-Sentinela; Terapêutica de Erradicação

INTRODUÇÃO

A doença péptica ulcerosa (DPU) é uma doença inflamatória crónica do estômago e duodeno que, apesar da baixa mortalidade que lhe está associada, afecta de forma apreciável a qualidade de vida dos doentes e implica elevados custos económicos, directos e indirectos.

Vários progressos farmacológicos se verificaram, no seu tratamento, durante o século XX, existindo hoje uma multiplicidade de opções terapêuticas que incluem protectores da mucosa gástrica, antagonistas dos receptores da histamina (H2) e, mais recentemente, os inibidores da bomba de protões (IBP). Apesar disso, a DUP tem demonstrado uma elevada tendência para a recidiva.

Em 1982, Warren e Marshall isolaram uma bactéria presente na parede do estômago, mais tarde denominada *Helicobacter pylori* (*H.pylori*), que demonstraram estar relacionada com o desenvolvimento e recidiva da úlcera

*Centro de Estudos de Farmacoepidemiologia da Associação Nacional de Farmácias

**Assistente Graduado de Clínica Geral do Centro de Saúde de Ourique

***Assistente Graduados de Clínica Geral do Centro de Saúde de Coruche

****Assistente Graduado de Clínica Geral do Centro de Saúde da Chamusca

*****Assistente Graduado de Clínica Geral, Observatório Nacional de Saúde do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge

*****Professor Catedrático da Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa

*****Professor Catedrático da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa

*****Assistente convidada da Faculdade de Farmácia de Lisboa

duodenal e da úlcera gástrica, bem como com a gastrite do antro¹.

Estima-se que a infecção por *H. pylori* esteja presente em 95% dos casos de úlcera duodenal e em 70 a 85% dos casos de úlcera gástrica³. Além disso, foi ainda comprovado que a infecção por aquele microorganismo tinha um risco acrescido (3 a 5 vezes) de ocorrência de cancro gástrico¹.

Helicobacter pylori é uma bactéria gram negativa adquirida na infância e adaptada à vida no estômago humano⁴ cuja prevalência varia entre 15 e 90%^{5,6,7,8,9,10,11,12} e aumenta com a idade sendo mais elevada nas populações do Sul da Europa e África, comparativamente à das populações do Norte da Europa e da América do Norte^{13,14}.

Outra das etiologias da doença péptica ulcerosa é o consumo de anti-inflamatórios não esteróides (AINES) cujo efeito agressivo sobre a mucosa gastro-duodenal, por acção tópica, sistémica ou entero-hepática, é bem conhecido. O uso destes medicamentos foi detectado em cerca de 40% dos doentes com úlcera péptica e constitui a segunda forma mais comum de doença ulcerosa, embora 85% destas úlceras não tenham impacto relevante na clínica. A incidência dos efeitos gastro-intestinais graves e potencialmente fatais (hemorragia e perfuração) é de cerca de 2% por ano, podendo atingir 10% em utilizadores de AINEs que acumulem outro factor de risco acrescido para gastropatia¹⁵.

A interacção entre a infecção por *H. pylori* e a exposição aos AINES no risco de ocorrência de DUP não é ainda bem conhecido. Têm sido colocadas hipóteses inversas, quer no sentido de ambos terem um efeito aditivo ou sinérgico, quer no sentido terem uma actuação mutuamente antagónica^{16,17}.

O tratamento clássico da UP, apenas com antagonistas dos receptores H2 ou com inibidores da bomba de protões (IBP), conduz a taxas de cicatrização de

cerca de 78%, às 10 semanas, mas a taxa de erradicação de *H. pylori* obtida, não ultrapassa os 5%¹⁹. Nestes doentes, com UP confirmada, a erradicação do agente deverá ser sempre tentada mesmo que não tenha sido possível a confirmação da sua presença por qualquer um dos métodos de detecção existentes¹⁸. Esta prática conduzirá a uma diminuição muito apreciável das recidivas, particularmente das úlceras duodenais, sem necessidade de terapêuticas de manutenção (menos de 10% ao fim de 1 ano, em vez de 80% de recidivas esperadas nos tratamentos com antagonistas dos receptores H2 e 50% com os IBP), para além de poder encurtar o tempo de cicatrização da úlcera¹⁹.

Nos indivíduos assintomáticos em que foi detectada a infecção, a vantagem da erradicação é controversa.²

O Grupo Europeu de Estudos de *Helicobacter pylori* reuniu, pela primeira vez, em Setembro de 1996, em Maasticht, com o objectivo de definir recomendações para a erradicação de *H. pylori*. Assumiu-se²⁰ como objectivo deste consenso, a produção de orientações para a gestão dos cuidados de saúde, quer primários, quer especializados, a prestar aos doentes infectados com *H. pylori*. Tal como em orientações produzidas anteriormente, a erradicação da infecção foi recomendada em todos os doentes com úlcera péptica e *H. pylori* positivos^{21,22,23,24 25}.

Após a disseminação das orientações obtidas no Consenso, pelo *European Helicobacter Pylori Study Group* (EHP-SG), a utilização dos regimes de erradicação, em cuidados primários, aumentou consideravelmente. Contudo, através de diversos estudos realizados neste período, verificou-se existir, ainda, algum desconhecimento sobre as indicações e os regimes terapêuticos a utilizar na erradicação do agente^{22,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36}.

Em Setembro de 2000, estabeleceu-

-se um segundo Consenso, na sequência de nova reunião em *Maastricht* que estabelece recomendações para a erradicação de *H.pylori* em doentes com história familiar de cancro gástrico (especialmente relativa a parentes de 1º grau), nos indivíduos infectados que, após esclarecimento do clínico, relativamente aos efeitos adversos da terapêutica, mantiverem o desejo de erradicar o agente. Nos doentes com dispepsia funcional e *H.pylori* positivos a erradicação está igualmente recomendada em virtude da evidência de redução em cerca de 10% dos sintomas e, apesar de ser necessário tratar 15 doentes para se obter 1 cura, a opção parece ter um custo-efectividade positivo³⁷.

Os esquemas terapêuticos mais eficientes incluem um inibidor da bomba de prótons e dois antibióticos durante sete dias (terapêutica tripla)^{18,38}. Os IBP recomendados são Omeprazol (20 mg dib), Lansoprazol (30 mg dib) ou Pantoprazol (40 mg dib). Os antibióticos recomendados incluem, em alternativa, associações de:

- Metronidazol (400 mg dib) ou Tinidazol (500 mg dib) e Claritromicina (250 mg dib)
- Amoxicilina (1.000 mg dib) e Claritromicina (500 mg dib) – recomendável quando é conhecida ou se suspeita de resistência ao Metronidazol
- Amoxicilina (500 mg tib) e Metronidazol (400 mg tib) – recomendável quando é conhecida ou se suspeita de resistência à Claritromicina.

Face às recomendações visando a erradicação de *H. pylori* e à terapêutica para a úlcera péptica proposta na última década, considerou-se importante investigar a sua aplicação em Portugal. A pertinência deste estudo justifica-se plenamente pela escassez de informação sobre a prescrição e utilização da terapêutica para a úlcera péptica nos doentes, quer portugueses, quer na população europeia.

OBJECTIVOS DO ESTUDO

Caracterizar os regimes terapêuticos para a úlcera péptica e para a erradicação de *Helicobacter pylori* numa população de utentes de Centros de Saúde portugueses.

METODOLOGIA

Modelo de Estudo: descritivo e transversal.

MÉDICOS PARTICIPANTES E POPULAÇÃO ALVO

O estudo foi organizado no âmbito das actividades de investigação da Rede Médicos-Sentinela, em colaboração com o Centro de Estudos de Farmacoepidemiologia (CEFAR) da Associação Nacional das Farmácias (ANF). Aquela Rede, constituída por médicos da carreira de Clínica Geral/Medicina Familiar (CG/MF), trabalhando em Centros de Saúde do território do continente português e regiões autónomas, participa, de forma voluntária, no estudo de várias doenças ou situações relacionadas com saúde. A coordenação das actividades desta Rede é feita no Observatório Nacional de Saúde (ONSA). Cada médico participante tem a seu cargo uma população de utentes do Centro de Saúde, cuja composição é conhecida em relação ao sexo e ao grupo etário (lista).

Foi pedido aos médicos-sentinela que quisessem participar no estudo, que identificassem, durante as consultas de CG/MF, todos os utentes que cumprissem os critérios de inclusão apresentados a seguir. Deveriam, em seguida, responder a um questionário (Anexos 1 e 2) e enviá-lo para o ONSA. Estes questionários, depois de validados, foram enviados para o CEFAR e introduzidos numa base de dados criada para o efeito.

A população utilizada como denominador para o cálculo da estimativa de in-

cidência foi a população sob observação efectiva (PSOE), que representa o valor médio das PSOE de cada semana, considerando as 52 semanas em que decorreu o estudo. Por sua vez, a PSOE de uma dada semana obteve-se pelo somatório das listas de utentes dos médicos *activos* nessa semana, designando-se por «activos» todos os médicos que, nessa semana, enviaram pelo menos uma notificação ou declararam, expressamente, não ter tido casos para notificar.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos neste estudo:

- Uteses com úlcera péptica activa (novo caso ou recidiva), confirmada por endoscopia, até um máximo de 3 meses antes da consulta com o Médico-Sentinela.
- Uteses aos quais foi instituído um regime terapêutico para a erradicação de *H. pylori* e que não tivessem úlcera péptica activa, confirmada por endoscopia.

DIMENSÃO DA AMOSTRA

Sendo a população sob observação pelos médicos-sentinela, em 2001, de 130.780 indivíduos, estimou-se, através de uma fórmula para estimativa de proporções (Kish, Leslie), para uma prevalência de 7% de úlcera péptica³⁹ e para uma proporção estimada de 40% de terapêuticas de erradicação de *H. pylori* (de acordo com dados recolhidos num estudo⁴⁰ realizado em 2002 através de farmácias comunitárias), que seriam necessários 91 doentes. O erro que se aceitou foi de 10%, sendo o nível de confiança de 95%.

INSTRUMENTOS DE NOTACÃO

Foram construídos dois questionários. O Questionário 1 destinou-se ao registo de informação relativa aos doentes com úlcera péptica activa. Incluía as seguintes variáveis: idade, sexo, diagnóstico clínico (primeiro episódio ou recidiva), localização da úlcera, provável

etiologia, local da realização do diagnóstico (meio hospitalar ou ambulatório), especialidade do médico requisitante da endoscopia, nome do fármaco (DCI ou nome comercial), posologia e duração da terapêutica.

O Questionário 2 foi destinado ao registo de informação relativa aos doentes que, apesar de não terem úlcera péptica activa com confirmação endoscópica, fizeram uma terapêutica de erradicação de *H. pylori*. Foram recolhidas as seguintes variáveis: idade, sexo, diagnóstico clínico (porque razão foi instituída a terapêutica), quem instituiu a terapêutica (médico de família ou outro), teste para a detecção de *H. pylori*, nome do fármaco (DCI ou nome comercial), posologia, duração da terapêutica e data da próxima consulta.

Para maior facilidade de compreensão, serão designados por «Com UP confirmada» os doentes notificados através do Questionário 1, e por «Sem UP confirmada» os doentes notificados através do Questionário 2 (Anexos 1 e 2).

Conforme o consenso de *Maas-tricht*¹⁸, a prescrição de dois antibióticos associados a um anti-ulceroso será designada por «terapêutica tripla»; e a associação de um antibiótico a um anti-ulceroso por «terapêutica dupla».

PERÍODO DE ESTUDO

A recolha de informação decorreu durante 1 ano, de 1 de Maio de 2002 a 30 de Abril de 2003.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

O tratamento estatístico foi realizado no *software* SAS 8.2 (SAS Institute) e consistiu na análise descritiva, através do cálculo de frequências absolutas e relativas e medidas de localização e de dispersão para as variáveis contínuas. A variável etiologia foi obtida através da informação registada pelo médico relativa à exposição aos AINES (sim/não), à infecção por *H. pylori* (pesquisa negativa, positiva/não fez pesquisa/outras).

Quando não existia informação disponível numa ou em ambas as variáveis, considerou-se a etiologia como indeterminada. Esta classificação permitiu proceder à caracterização do regime terapêutico (com anti-ulcerosos ou para a erradicação de *H. pylori*), consoante os diversos tipos de etiologia.

Para avaliar a homogeneidade entre dois grupos foi utilizado o teste de Qui-quadrado. Para os testes estatísticos utilizados considerou-se haver diferença estatisticamente significativa sempre que $p \leq 0,05$, i.e., um nível de confiança de 95%.

RESULTADOS

Médicos participantes e população sob observação

O número de médicos que participaram no estudo foi 36 (21,8% dos médicos da Rede), distribuídos por vários Distritos e Regiões Autónomas, conforme consta no Quadro I.

A população envolvida no estudo foi

QUADRO I

DISTRIBUIÇÃO DOS MÉDICOS SENTINELA PARTICIPANTES, SEGUNDO O DISTRITO ONDE TRABALHAM

Distrito	Nº de médicos-sentinela	%
Aveiro	7	19,4
Beja	2	5,6
Braga	1	2,8
Coimbra	2	5,6
Guarda	1	2,8
Leiria	1	2,8
Lisboa	5	13,9
Porto	10	27,8
Santarém	2	5,6
Viana do Castelo	1	2,8
Viseu	2	5,6
RAM	1	2,8
RAA	1	2,8
Total	36	100,0

QUADRO II

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO SOB OBSERVAÇÃO POR SEXO E IDADE

Grupo etário	Homens	Mulheres	Total
<25	5.156	5.205	10.360
25-44	5.482	5.889	11.371
45-64	3.820	4.256	8.076
65e+	2.734	3.866	6.601
Total	17.192	19.216	36.408

de 36.408 utentes, distribuída por sexo e grupo etário conforme Quadro II.

Caracterização dos doentes por sexo e idade

Foram detectados durante o período de estudo 75 casos com UP confirmada por endoscopia e 45 sem UP confirmada, sendo a respectiva distribuição por sexo e idade descrita no Quadro III sendo o número médio de doentes notificado por médico de 3,3 (dp = 3,2; mínimo = 1; máximo = 12).

O rácio mulher/homem encontrado para os doentes «Com UP Confirmada» foi de 1,6, enquanto que para os doentes «Sem UP Confirmada» foi de 2,2. A média de idades dos doentes em estudo, com UP confirmada, foi 55,2 anos (dp=18,1 anos), tendo 50% deles mais de 57 anos. Os doentes «Sem UP Con-

QUADRO III

DISTRIBUIÇÃO DOS DOENTES POR SEXO E IDADE, SEGUNDO A EXISTÊNCIA DE UP CONFIRMADA

		Com UP Confirmada		Sem UP Confirmada	
		n	%	n	%
Sexo	Feminino	45	60,0	31	68,9
	Masculino	30	40,0	14	31,1
Idade	< 25 anos	2	26,7	2	4,4
	25 a 44 anos	22	29,3	14	31,1
	45 a 64 anos	23	30,7	24	53,3
	≥ 65 anos	28	37,3	5	11,1

firmada» tinham uma idade média de 48,4 anos (dp=13,4) e 50% tinham, pelo menos, 50 anos de idade^{41,42}.

Doentes «com UP confirmada»

LOCALIZAÇÃO DA ÚLCERA, 1º EPISÓDIO OU RECIDIVA

Conforme se pode observar no Quadro IV, dos 75 casos de UP, 23 (30,7%) eram de UP recidivante e 52 (69,3%), de primeiro episódio.

A localização mais frequente foi a duodenal (n=35; 46,7%), tendo a localização gástrica sido observada em 31 casos (41,3%). Foram diagnosticados 7 casos de úlcera duodenal e gástrica, coexistindo simultaneamente (9,3%), 1 de úlcera esofágica (1,3%) e, num caso (1,3%) a localização não foi especificada.

Verificou-se que, das 35 úlceras duodenais e 31 úlceras gástricas, 11 (31,4%) e 8 (25,8%) eram, respectivamente, recidivas.

Comparando a distribuição, por sexo, das úlceras incidentes, verificou-se não haver diferença com significado estatístico ($\chi^2=3,7$; $p=0,052$). As úlceras gástricas foram mais frequentes no sexo feminino, verificando-se haver diferença estatisticamente significativa ($\chi^2=5,5$; $p=0,019$) entre os sexos; no entanto, nas úlceras duodenais não se verificou a existência de diferença com significado estatístico entre os dois sexos ($\chi^2=0,26$; $p=0,612$).

ETIOLOGIA DA DOENÇA ULCEROSA PÉPTICA

Verificou-se que, em 49 (65,3%) dos 75 casos «Com UP Confirmada», não foi possível ao médico estabelecer a respectiva etiologia. A mais frequentemente apontada foi a infecção por *H. pylori*, como factor único (n=14; 18,7%), verificando-se que, em 4 casos, coexistia a infecção por *H. pylori* e o consumo de AINES.

No Quadro V está representada a distribuição dos casos de doentes «Com UP confirmada», de acordo com etiologia atribuída pelo médico.

INICIATIVA DA REQUISIÇÃO DA ENDOSCOPIA QUE LEVOU AO DIAGNÓSTICO

A iniciativa da requisição da endoscopia digestiva que levou ao diagnóstico da UP foi do Clínico Geral, em 66 casos (89,2% dos casos de «Com UP Confirmada»); de um gastroenterologista, em 6 casos (8,1%); e de um clínico de outra especialidade, em 2 casos (2,7%). Esta informação não foi disponibilizada num caso.

Doentes «sem UP confirmada» (n=45)

MOTIVOS PARA A PRESCRIÇÃO DE

TERAPÊUTICA PARA A ERRADICAÇÃO DE

H. PYLORI

As razões invocadas pelo médico, para a prescrição de terapêutica para a erradicação de *H.pylori*, estão descritas no Quadro VI. Verificou-se que pre-

QUADRO IV

DISTRIBUIÇÃO DE CASOS DE «COM UP CONFIRMADA» SEGUNDO A LOCALIZAÇÃO, PRIMEIRO EPISÓDIO OU RECIDIVA

	1º Episódio		Recidivas		Total	
	n	%	N	%	n	%
Duodenal	24	46,2	11	47,8	35	46,7
Gástrica	23	44,2	8	34,8	31	41,4
Gástrica + Duodenal	4	7,7	3	13,0	7	9,3
Esofágica	1	1,9	0	0,0	1	1,3
Não Especificada	0	0,0	1	4,4	1	1,3
Total	52	100,0	23	100,0	75	100,0

QUADRO V

DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE
«COM UP CONFIRMADA», SEGUNDO A ETIOLOGIA

Etiologia	n	%
Não determinada	49	65,3
Infecção por <i>H. pylori</i>	14	18,7
Infecção por <i>H. pylori</i> + Consumo de AINE	4	5,3
Consumo de AINE	3	4,0
Outras	5	6,7
TOTAL	75	100,0

dominou a suspeita clínica de UP (n=13, 28,2%) e a dispepsia (n=12; 26,1%).

Dos 37 doentes (82,2%) em que a infecção por *H. pylori* tinha sido previamente identificada, os diagnósticos foram feitos, em 17 casos (45,9%), através de biópsia; em 12 (32,4%) através de método serológico (anticorpos anti-*H. pylori*); e em 8 (21,6%) através do teste respiratório da urease. Não foi feito nenhum teste diagnóstico ou o médico não teve conhecimento do respectivo resultado em 8 doentes (17,8%).

Regimes Terapêuticos

DOENTES «COM UP CONFIRMADA»

Para o tratamento da úlcera péptica, nos doentes em estudo, foram encontrados regimes terapêuticos, exclusivamente com fármacos anti-secretores ou citoprotectores e regimes para a erradicação do *H. pylori*.

No Quadro VII descrevem-se os regimes terapêuticos, segundo o número de fármacos utilizado isoladamente ou em associação.

Nos 75 casos «Com UP Confirmada», foi prescrita terapêutica para a erradicação de *H. pylori* a 39 (52,0%) doentes, tendo sido tripla em 37 (49,3%).

No Quadro VIII encontra-se descrito o regime terapêutico segundo a etiologia.

TERAPÊUTICA EXCLUSIVAMENTE COM

ANTI-ULCEROSOS (N=36)

Nos regimes terapêuticos exclusiva-

QUADRO VI

MOTIVOS PARA A PRESCRIÇÃO DE TERAPÊUTICA
PARA A ERRADICAÇÃO DE *H. PYLORI* EM DOENTES
«SEM UP CONFIRMADA»

Motivos para terapêutica de erradicação	n	%
Suspeita Clínica de UP	13	28,2
Dispepsia	12	26,1
Refluxo Gastro-esofágico	10	21,7
Gastrite	8	17,4
Epigastralgias	1	2,2
Esofagite	1	2,2
Duodenite	1	2,2

QUADRO VII

CARACTERIZAÇÃO DO REGIME TERAPÊUTICO NOS
DOENTES «COM UP CONFIRMADA»

Regime terapêutico	n	%
Um anti-ulceroso	30	40,0
Dois anti-ulcerosos	6	8,0
Erradicação de <i>H. pylori</i> com dois fármacos	2	2,7
Erradicação de <i>H. pylori</i> com três fármacos	37	49,3
Total	75	100,0

QUADRO VIII

CARACTERIZAÇÃO DOS REGIMES TERAPÊUTICOS
NOS DOENTES «COM UP CONFIRMADA» SEGUNDO
A ETIOLOGIA

Etiologia provável	Regime terapêutico			
	Exclusivamente		Erradicação	
	com	n (%)	de <i>H. pylori</i>	n (%)
Infecção por <i>H. pylori</i>	1	(2,8)	13	(33,3)
AINES	3	(8,3)	0	(0,0)
<i>H. pylori</i> + AINES	0	(0,0)	4	(10,3)
Outras	4	(11,1)	1	(2,3)
Indeterminada	28	(77,8)	21	(53,9)
Total	36	(100,0)	39	(100,0)

mente com anti-ulcerosos, a utilização de um único fármaco foi a situação mais frequentemente encontrada (n=30;

QUADRO IX

NÚMERO DE ANTI-ULCEROSOS PRESCRITOS,
SEGUNDO O GRUPO TERAPÊUTICO UTILIZADOS
NO TRATAMENTO DA UP

Grupo	n	%
Anti-ácidos	0	0,0
Antagonistas dos receptores H2	1	2,4
Inibidores da Bomba de Protões	35	83,3
Prostaglandinas («Misoprostol»)	0	0,0
Outros («Sucralfato»)	6	14,3
Total	42	100,0

n = número de anti-ulcerosos

83,3%). Em 6 (16,7%) casos foram prescritos, simultaneamente, dois anti-ulcerosos.

No Quadro IX está indicado o número de anti-ulcerosos prescritos (N=42), segundo o grupo terapêutico.

Nos regimes em que foi utilizado um único fármaco (n=30), o mais prescrito foi o Omeprazol (n=17; 56,7%), e a posologia mais utilizada foi de 20 mg por dia, durante 8 semanas (n=8; 47,1%). O segundo anti-ulceroso mais prescrito, em monoterapia, foi o Pantoprazol (n=7; 23,3%), sendo a posologia mais frequente de 40 mg diários, durante 8 semanas.

Nos casos em que foram prescritos, simultaneamente, dois anti-ulcerosos (n=6), o Sucralfato (1.000 mg tib) esteve sempre presente, tendo sido associado, em 3 casos, ao Omeprazol, em 2 casos, ao Pantoprazol e num caso, à Ranitidina.

QUADRO X

REGIMES TERAPÊUTICOS DE TERAPÊUTICA DUPLA E TRIPLA
PARA A ERRADICAÇÃO DE *H. PYLORI*,
SEGUNDO A EXISTÊNCIA DE UP CONFIRMADA

	«Com UP Confirmada»		«Sem UP Confirmada»		Total	
	n	%	n	%	n	%
«T. dupla»	2	5,1	3	6,7	5	5,9
«T. tripla»	37	94,9	42	93,3	79	94,1
Total	39	100,0	45	100,0	84	100,0

TERAPÊUTICAS DE ERRADICAÇÃO PARA O *H. PYLORI*

A terapêutica para a erradicação do *H. pylori* foi prescrita em 45 doentes «Sem UP Confirmada» e, em 39 dos 75 doentes «Com UP Confirmada», correspondendo, no total, a 84 casos (84/120; 70,0%).

O Quadro X descreve os regimes terapêuticos prescritos.

O Quadro XI descreve os regimes de «terapêutica dupla» prescritos (n=5).

O Quadro XII descreve os regimes de «terapêutica tripla» prescritos a doentes «Com UP Confirmada» e «Sem UP Confirmada» (n=79).

A associação terapêutica mais prescrita foi a Amoxicilina, Claritromicina e um IBP, num total de 74 doentes (93,7%), sendo o IBP mais utilizado o Omeprazol (n=46; 58,2%).

Verificou-se que, na maioria dos casos, a posologia indicada para a Amoxicilina foi 1.000 mg dib, durante 7 e 14 dias; e, para a Claritromicina foi 500 mg

QUADRO XI

REGIMES DE «TERAPÊUTICA DUPLA» PRESCRITOS PARA A ERRADICAÇÃO DE *H. PYLORI*

«Com UP Confirmada»			«Sem UP Confirmada»		
Fármaco #1	Fármaco #2	n (%)	Fármaco #1	Fármaco #2	n (%)
Amoxicilina	Omeprazol	1 (50,0)	Amoxicilina+Ác.Clavul.	Claritromicina	1 (33,3)
Claritromicina	Omeprazol	1 (50,0)	Amoxicilina	Lansoprazol	1 (33,3)
			Claritromicina	Omeprazol	1 (33,3)
Total		2 (100,0)			2 (100,0)

dib, entre 7 a 14 dias. Para o Omeprazol, a posologia mais frequentemente instituída foi 20 mg dib, durante uma semana, embora se tenha verificado uma grande variabilidade no tempo de duração da terapêutica e na dose diária prescrita.

Os Quadros XIII e XIV descrevem, respectivamente, os regimes terapêuti-

cos do Omeprazol incluídos em terapêutica tripla, prescritos em doentes «Com UP Confirmada» e «Sem UP Confirmada».

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Organizado no âmbito da actividade de investigação da Rede Médicos-Sentinela, este estudo reflecte a prática clínica dos médicos participantes na população inscrita nas respectivas listas de utentes que recorreu às consultas de vários Centros de Saúde, durante 1 ano. Nem o grupo de médicos participantes no estudo, nem a população sob observação efectiva, constituem uma amostra representativa dos médicos de CG/MF ou da população utente de Centros de Saúde, pelo que

QUADRO XII

REGIMES DE «TERAPÊUTICA TRIPLA» PRESCRITOS PARA A ERRADICAÇÃO DE *H. PYLORI*

Fármaco #1	Fármaco #2	Fármaco #3	n	%
Amoxicilina	Claritromicina	Omeprazol	46	58,2
		Lansoprazol	15	18,9
		Esomeprazol	7	8,9
		Pantoprazol	5	6,3
		Ranitidina	2	2,5
		Rabeprazol	1	1,3
	Metronidazol	Omeprazol	1	1,3
Tinidazol	Claritromicina	Omeprazol	1	1,3
Metronidazol	Claritromicina	Omeprazol	1	1,3
Total			79	100,0

QUADRO XIII

REGIMES TERAPÊUTICOS DE OMEPRAZOL PRESCRITOS EM TERAPÊUTICA TRIPLA, EM DOENTES «COM UP CONFIRMADA» (N=20)

Dose (mg) por toma	1ª Fase de tratamento		2ª Fase de tratamento		Total
	Número de tomas	Duração (semanas)	Número de tomas	Duração (semanas)	N (%)
20	1	8	—	—	5 (21,1)
	2	1	—	—	2 (10,5)
	1	12	—	—	2 (10,5)
	2	2	—	—	1 (5,3)
	2	8	—	—	1 (5,3)
	1	2	—	—	1 (5,3)
	2	1	1	2	1 (5,3)
	2	1	1	8	1 (5,3)
	2	2	1	6	1 (5,3)
	2	2	1	12	1 (5,3)
	2	4	1	12	1 (5,3)
	1	1	1	11	1 (5,3)
40	1	4	—	—	2 (10,5)
Total				20 (100,0)	

QUADRO XIV

REGIMES TERAPÊUTICOS DE OMEPRAZOL
PRESCRITOS EM TERAPÊUTICA TRIPLA,
EM DOENTES «SEM UP CONFIRMADA» (N=26)

Dose (mg) por toma	Número de tomas	Duração (semanas)	Total N (%)
20	2	1	7 (26,7)
	1	4	4 (15,4)
	2	4	3 (11,5)
	2	2	2 (7,8)
	1	8	2 (7,8)
	1	2	1 (3,8)
	2	8	1 (3,8)
	1	15	1 (3,8)
40	2	4	2 (7,8)
	1	2	1 (3,8)
	1	4	1 (3,8)
	1	8	1 (3,8)
Total			26 (100,0)

não é legítima a generalização dos resultados a qualquer daqueles grupos. Este facto é essencialmente explicado pelo regime de voluntariado, que tem garantido o funcionamento da Rede Médicos-Sentinela ao longo de mais de 15 anos e que tornou possível a participação de 36 médicos neste estudo, mas que inviabiliza essa generalização.

É também conhecida a possibilidade de existir alguma sub-notificação de casos, já que estes só foram reportados se chegaram ao conhecimento do médico.

A razão mulher:homem entre os casos de UP confirmada (1,6:1) foi ligeiramente superior ao documentado por outros estudos que demonstram uma razão aproximada de 1:1⁴³. Na úlcera gástrica, o predomínio do sexo feminino foi estatisticamente significativo ($p=0,019$) mas, na úlcera duodenal, a diferença encontrada não tem significado estatístico ($p=0,612$).

As UP foram de localização duodenal e gástrica, respectivamente, em 46,7% e 41,4% dos casos. O rácio úlcera duodenal:úlcera gástrica foi de 1,1:1, facto

que sustenta a já descrita diminuição da diferença nas taxas de incidência entre estas localizações. De facto, contrariamente ao padrão epidemiológico da primeira metade do século passado, a úlcera duodenal deixou de ter uma frequência 2 a 3 vezes superior à da úlcera gástrica, existindo, actualmente, uma tendência gradual de aumento da incidência de úlcera gástrica, sobretudo nas mulheres, tal como comprovam também os resultados encontrados neste estudo em que se verificou maior prevalência de casos de úlcera gástrica nas mulheres relativamente aos homens ($p=0,019$). A explicação aparente para esta modificação do padrão epidemiológico da úlcera gástrica poderá ser o aumento expressivo do consumo de AINEs, sobretudo nas mulheres, que também aumenta com a idade.

Em 69,3% das situações tratou-se de um primeiro diagnóstico, sendo a taxa de recidiva da UP duodenal de 31,4% e da UP gástrica de 25,8%.

A etiologia provável da UP foi, neste estudo, avaliada através de uma questão colocada ao clínico que, no seu melhor conhecimento, se pronunciava relativamente à exposição aos AINEs e à infecção por *H. pylori*. Na maioria dos casos a etiologia da UP não ficou determinada (65,3%), atribuindo-se à existência de infecção por *H. pylori*, 24% dos casos, sendo 18,7% como factor etiológico único e 5,3% em conjunto com a exposição aos AINEs. Este facto pode demonstrar uma lacuna na pesquisa de infecção por *H. pylori* em doentes com dispepsia ou no conhecimento do resultado dessa pesquisa nas endoscopias efectuadas. A difícil acessibilidade aos cuidados de saúde nalgumas regiões do país bem como a ausência de comparticipação do estado no custo de alguns exames complementares de diagnóstico, pode justificar parcialmente a lacuna encontrada.

As orientações publicadas para tratamento da úlcera péptica recomendam

a instituição de uma terapêutica de erradicação de *H. pylori* como forma quer de tratamento quer de diminuição das recidivas^{44,45,46,48}. Assim, autores defendem que a terapêutica de erradicação deve ser prescrita, mesmo quando não é possível diagnosticar a infecção por *H. pylori*, pois a probabilidade de ela existir, num doente com úlcera péptica confirmada, e numa população em que a prevalência de infecção pelo agente é muito expressiva, é muito elevada^{1,2,3}.

Aos 75 doentes com UP endoscopicamente confirmada, a etiologia da UP foi atribuída, exclusivamente ao consumo de AINES, em 3 doentes (4%); em 5 (7%) as causas foram outras, mas não especificadas, em 18 (24%), a infecção por *H. pylori* foi confirmada e em 49 (65,3%) não foi possível estabelecer uma causa.

Apesar de 67 casos serem elegíveis para fazer a terapêutica de erradicação de *H. pylori*, conforme as recomendações internacionais conhecidas^{47,49}, ela foi prescrita apenas a 39 (52,0%) doentes. Nos 18 casos de UP confirmada, com infecção por *H. pylori* confirmada, foram instituídas terapêuticas de erradicação em 17 (94,4%) doentes.

Nos 3 casos de doença péptica por AINES, em que o doente era *H. pylori* negativo, a terapêutica foi prescrita, exclusivamente, com anti-ulcerosos. Esta é, de facto, a terapêutica recomendada, devendo existir, simultaneamente, a preocupação do doente não ser, de novo, sujeito a uma terapêutica com AINES, uma vez demonstrada aquela susceptibilidade¹⁸.

As terapêuticas exclusivamente com anti-ulcerosos foram, na maior parte dos casos, realizadas com um único IBP (83,3%), sendo o fármaco mais prescrito o omeprazol, na dose de 20 mg id e durante 8 semanas. Estes resultados revelam, de uma forma geral, uma prática clínica consistente com as recomendações internacionais, para o tratamento da UP¹⁸.

As terapêuticas de erradicação para *H. pylori*, prescritas a 84 doentes, incluíram três fármacos (dois anti-infecciosos e um anti-ulceroso) em 79 casos (94,1%), predominando largamente a associação de amoxicilina (1000 mg bid), claritromicina (500 mg bid) e omeprazol (20 mg bid). Nas doses diárias de amoxicilina e claritromicina prescritas, não se observaram variações importantes, contudo, relativamente ao IBP, as doses diárias e a duração da terapêutica prescrita demonstraram uma grande variação. As posologias variaram entre 1 toma diária de 20 mg e duas tomas diárias de 40 mg de omeprazol, com duração entre 7 dias e 12 semanas. Os perfis de prescrição mais prolongados poderão dever-se ao facto de o médico pretender garantir a cicatrização da úlcera após erradicação do *H. pylori*. Contudo, sabe-se que 4 semanas de terapêutica são, habitualmente, suficientes para atingir esse objectivo terapêutico¹⁸.

A terapêutica para a erradicação de *H. pylori* foi semelhante nos doentes «Com UP Confirmada» e «Sem UP Confirmada». Efectivamente, as últimas recomendações do Consenso de *Maas-tricht* indicam que, exceptuando o refluxo gastro-esofágico, a dispepsia funcional persistente deve ser alvo de tratamento de erradicação de *H. pylori*, desde que diagnosticada essa infecção. No entanto, os 29 doentes incluídos neste estudo e com suspeita de úlcera péptica não confirmada e mais de 44 anos, deviam ter sido, de acordo com as referidas recomendações, alvo de endoscopia, pelo facto de Portugal ser um país em que a prevalência de infecção por *H. pylori* e a taxa de incidência de cancro do estômago são elevadas^{2,18,19}. Julga-se, pois, aconselhável uma maior divulgação das vantagens do rastreio sistemático da infecção por *H. pylori* nos doentes que têm UP confirmada por endoscopia ou, por outros métodos, e ainda nos doentes com queixas dispépticas arrastadas que ainda não tenham

realizado tal exame. Nestes, a endoscopia deve mesmo ser realizada nos casos em que se comprova a infecção por *H.pylori* através do método serológico ou do teste da urease, pela elevada probabilidade de terem de facto uma úlcera, e, nos maiores de 45 anos, independentemente de existir infecção, pelo risco acrescido de cancro do estômago^{2,18,19}. Contudo, é importante realçar que não foram definidos critérios para a classificação dos doentes sem úlcera péptica confirmada, em outras patologias suspeitas, assumindo-se que a informação relativa ao possível diagnóstico era registada de acordo com o melhor juízo do clínico.

Existindo recomendações internacionais bem claras, verificou-se que os antibióticos estudados nos regimes terapêuticos foram, duma forma geral, os recomendados. Tal já não acontece com a prescrição dos IBP para cuja variabilidade não se encontra justificação à luz dos conhecimentos actuais^{18,38}.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. NIH Consensus Conference. Helicobacter pylori in peptic ulcer disease. JAMA 1994; 272 (1): 65-69.
2. Linda NM, Douglas JB. Management of Helicobacter pylori infection. Am Fam Physician 2002;65:1327-36
3. Breuer T, Goodman KJ, Malaty HM, Sudhope T, Graham DY. How do clinicians practicing in the U.S. manage Helicobacter pylori-related gastrointestinal diseases? A comparison of primary care and specialist physicians. Am J Gastroenterol 1998; 93:553-61
4. Blaser MJ. Helicobacter pylori and gastric diseases. BMJ 1998; 316: 1507-1510
5. Jardim AI, Ribeiro J, Morna H, Martins JC, Vasconcelos R, Teixeira R, et al. Prevalência do Helicobacter pylori no arquipélago da Madeira. Gastrenterol-Cir 2001; 18 (98):227-231
6. Silva R, Mota R, Costa AM, Cunha S, Freitas S, Gonçalves S, et al. Prevalência da infecção por Helicobacter pylori em crianças. Rev Epidemiol 1998; 3(1-2):27-30
7. Canhoto L. Helicobacter pylori. Rev-Saúde 1998; 3(2):24-33
8. Marques AD, Ramos JS, Bettencourt MJ, Oliveira M, Santo CE, Dupret D, et al. Helicobacter pylori como factor de morbilidade na República de Cabo Verde e em Portugal. Gastrenterol-Cir 1996; 13 (64):35-40
9. Soares J, Carneiro F, Colter J, Pereira F, Fonseca E, Pinho C. Prevalência da infecção pelo helicobacter pylori e características da mucosa gástrica em doentes sujeitos a endoscopia no Norte de Portugal. Rev-Gastrenterol 1993;10 (48):119-131
10. Suerbaum S, Michetti P. Helicobacter Pylori Infection. N Eng J Med 2002; 347 (15):1175-1186
11. Hoffman JS, Cabe DR. Helicobacter Pylori-Related Diseases: Demographics, Epidemiology and Pathophysiology of Gastritis, Ulcers and Cancer. In: Freston, J.W. Diseases of the Gastroesophageal Mucosa: The Acid-Related. Totowa, NJ: The Humana Press, Inc. 2001. p. 29-41.
12. McManus TJ. Helicobacter Pylori: An Emerging Infectious Disease. Nurse Practitioner 2000. 25(8): 40, 43-44, 47, 50, 53-55.
13. Korman MG. Helicobacter pylori: fact or fiction? Gastroenterology 1990; 25 (suppl 175): 159-65.
14. Broutet N, Gisbert JP, Pajares JM. Epidemiology. Current opinion in Gastroenterology 1999; 15 (suppl 1): S43-S47.
15. Brazer SR, Tyor MP, Pancotto FS, Nickl NJ, Wildermann NM, Harrell FE, Jr. et al. Studies of gastric ulcer disease by community-based gastroenterologists. Am J Gastroenterol 1990; 85(7):824-828.
16. Bretagne JFQM. Helicobacter pylori and non-steroidal anti-inflammatory drugs. Current Opinion in Gastroenterology 1999; 15 (suppl 1):61-65.
17. Jordão JG. Medicina Geral e Familiar – Caracterização da Prática Médica e sua Influência no Ensino Pré-Graduado [Tese de Doutoramento]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 1995.
18. The European Helicobacter pylori study group (EHPG). Current European concepts in the management of Helicobacter pylori infection. The Maastricht Consensus Report. GUT; 1997; 41 (1): 8-13.
19. Moore RA, Phill MA. Helicobacter pylori and peptic ulcer. A systematic review of effectiveness and an overview of the economic benefits of implementing what is known to be effective. Pain Research, Headington, Oxford 1994
20. Helicobacter pylori in Peptic Ulcer Disease NIH Consensus Development Panel on Helicobacter pylori in Peptic Ulcer Disease. JAMA 1994; 272(1):65-68.
21. Blaser MJ. Helicobacter pylori eradica-

tion and its implications for the future. *Aliment Pharmacol Ther* 1997; 11 Suppl 1:103-107.

22. Chiba N, Van Zanten SJ, Sinclair P, Ferguson RA, Escobedo S, Grace E. Treating *Helicobacter pylori* infection in primary care patients with uninvestigated dyspepsia: the Canadian adult dyspepsia empiric treatment-*Helicobacter pylori* positive (CADET-Hp) randomised controlled trial. *BMJ* 2002; 324 (7344):1012-1016.

23. Jaakkimainen RL, Boyle E, Tudiver F. Is *Helicobacter pylori* associated with non-ulcer dyspepsia and will eradication improve symptoms? A meta-analysis. *BMJ* 1999; 319 (7216):1040-1044.

24. Talley NJ, Vakil N, Ballard ED, Fennerly MB. Absence of benefit of eradicating *Helicobacter pylori* in patients with nonulcer dyspepsia. *N Engl J Med* 1999; 341(15):1106-1111.

25. Vakil N. Gastroesophageal reflux disease and *Helicobacter pylori* infection. *Rev Gastroenterol Disord* 2003; 3(1):1-7.

26. Rubin G, Meineche-Schmidt V, Roberts A, de Wit N. The use of consensus to develop guidelines for the management of *Helicobacter pylori* infection in primary care. *European Society for Primary Care Gastroenterology. Fam Pract* 2000; 17 Suppl 2:S21-S26.

27. Meineche-Schmidt V, Rubin G, de Wit NJ. *Helicobacter pylori* infection: a comparative review of existing management guidelines. *Fam Pract* 2000; 17 Suppl 2:S2-S5.

28. Huang J, Lam SK, Malfërtheiner P, Hunt RH. Has education about *Helicobacter pylori* infection been effective? Worldwide survey of primary care physicians. *J Gastroenterol Hepatol* 2003; 18(5):512-520.

29. Bazzoli F. Key points from the revised Maastricht Consensus Report: the impact on general practice. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2001; 13 Suppl 2:S3-S7.

30. Hungin AP. The interaction between research and practice: a pan-European approach to managing *H. pylori* infection in primary care. *Fam Pract* 2000; 17 Suppl 2:S33-S35.

31. Niv Y, Abuksis G. Survey of the Opinions, Knowledge and Practices of Surgeons and Internists Regarding *Helicobacter pylori* Test-and-Treat Policy. *J Clin Gastroenterol* 2003; 36(2):139-143.

32. Cardin F, Zorzi M, Furlanetto A, Guerra C, Bandini F, Polito D et al. Are dyspepsia management guidelines coherent with primary care practice? *Scand J Gastroenterol* 2002; 37(11):1269-1275.

33. Della MP, Lavagna A, Masoero G, Lombardo L, Crocella L, Pera A. Effectiveness of *Helicobacter pylori* eradication treatments in a primary care setting in Italy. *Aliment Pharma-*

col Ther 2002; 16(7):1269-1275.

34. Maconi G, Tosetti C, Miroglio G, Parente F, Colombo E, Sainaghi M et al. Management of *Helicobacter pylori*-related gastrointestinal diseases by general practitioners in Italy. *Aliment Pharmacol Ther* 1999; 13(11):1499-1504.

35. Childs S, Roberts A, Meineche-Schmidt V, de Wit N, Rubin G. The management of *Helicobacter pylori* infection in primary care: a systematic review of the literature. *Fam Pract* 2000; 17 Suppl 2:S6-11.

36. de Wit NJ, Mendive J, Seifert B, Cardin F, Rubin G. Guidelines on the management of *H. pylori* in primary care: development of an implementation strategy. *Fam Pract* 2000; 17 Suppl 2:S27-S32.

37. Ikeda S, Tamamuro T, Hamashima C, Asaka M. Evaluation of the cost-effectiveness of *Helicobacter pylori* eradication triple therapy vs. conventional therapy for ulcers in Japan. *Aliment Pharmacol Ther* 2001; 15(11):1777-1785.

38. Mégraud, F., Marshall, BJ. How to treat *Helicobacter pylori*. First-line, second-line and future therapies. *Gastroenterol Clin of North Am* 2000; 29 (4): 759-73.

39. Sonnenberg A, Everhart JE. The prevalence of self-reported peptic ulcer in the United States. *Am J Public Health* 1996; 86(2):200-205.

40. Martins, A.P., Ferreira, P., Sousa Guerreiro, A., Cabrita, J. Regimes terapêuticos para a úlcera péptica. Contributo farmacoepidemiológico. Ensaio piloto do estudo na farmácia de oficina. Poster apresentado nas 2ª Jornadas da Sociedade Portuguesa de Ciências farmacêuticas- Congresso da Ordem dos Farmacêuticos (Março de 2001).

41. Divisão de Epidemiologia e Bioestatística da Direcção Geral da Saúde. Epidemiologia da diabetes: prevalência e incidência das suas complicações numa coorte de diabéticos portugueses: fase I - estudo transversal 1993. *Médicos-Sentinela* (5). Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 1994.

42. Divisão de Epidemiologia e Bioestatística da Direcção Geral da Saúde. Cinco anos depois. *Médicos-Sentinela* (7). Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 1995.

43. Bernersen B, Johnsen R, Straume B, Burhol PG, Jenssen TG, Stakkevold PA. Towards a true prevalence of peptic ulcer: the Sorreisa gastrointestinal disorder study. *Gut* 1990; 31(9):989-992.

44. Gisbert JP, Khorrami S, Carballo F, Calvet X, Gene E, Dominguez-Munoz E. Meta-analysis: *Helicobacter pylori* eradication therapy vs. antisecretory non-eradication therapy for the prevention of recurrent bleeding from peptic ulcer. *Aliment Pharmacol Ther*. 2004

Mar 15;19(6):617-29.

45. Buffet C. *Helicobacter pylori* update. Bull Acad Natl Med. 2003;187(6):1095-103; discussion 1103-5

46. Ford A, Delaney B, Forman D, Moayyedi P. Eradication therapy for peptic ulcer disease in *Helicobacter pylori* positive patients. Cochrane Database Syst Rev. 2003; (4): CD003840.

47. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain C, Hungin AP, Jones R, Axon A, Graham DY, Tytgat G; European *Helicobacter Pylori* Study Group (EHPG). Current concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection—the Maastricht 2-2000 Consensus Report. Aliment Pharmacol Ther. 2002 Feb;16(2):167-80. Review.

48. Bazzoli F. Key points from the revised Maastricht Consensus Report: the impact on general practice. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2001 Aug;13 Suppl 2:S3-7

49. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain C, Hungin AP, Jones R, Axon A et al. Current concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection—the Maastricht 2-2000 Consen-

sus Report. Aliment Pharmacol Ther 2002; 16(2):167-180.

Agradecimentos

Um agradecimento é devido a todos os médicos da Rede que viabilizaram este estudo através da sua participação voluntária e empenhada. Este projecto de investigação foi financiado pelo Instituto Nacional de Saúde e pela Associação Nacional das Farmácias, instituições às quais os autores devem um agradecimento público.

Endereço para correspondência

Dr.^a Ana Paula Martins
Rua Marechal Saldanha, n.º1
1249-069 Lisboa
E-mail: paula.martins@anf.pt

Recebido para publicação em 29/03/05

Aceite para publicação em 20/10/05

ABSTRACT

Background: Nowadays there is well-established evidence that the existence of a *Helicobacter pylori* infection is associated with the occurrence of peptic ulcer. Eradication therapies lead to high rates of ulcer healing and lower rates of recurrences.

Objective: To characterize the therapeutic regimens for diagnosed peptic ulcer in clinical practice and/or in patients exposed to eradication therapy even without diagnostic of peptic ulcer confirmed by endoscopy.

Methodology: A descriptive study was conducted through the «Rede Médicos Sentinela», a research network of general practitioners (GPs) that investigates in several health-related phenomena. Through this network, the most frequently prescribed profiles for peptic ulcer (with endoscopic confirmation) and *H. pylori* eradication were identified. The study was performed within one year and with the participation of thirty-six GPs. Among the 36.408 patients registered in the GPs list, a sample of 120 patients fulfilled the inclusion criteria. The sample consisted of 75 peptic ulcer patients and 45 patients without confirmation of peptic ulcer but with a *H. pylori* eradication therapy prescription.

Results: The most frequently found ulcer was duodenal, present in 46.7% cases, from which 31.4% were recurrences. Gastric ulcer was identified in 41.4% of the cases being 25.8% recurrent ulcers. In 24.0 % of the cases, *H. pylori* were identified as being the likely aetiology of the GI disorder. In only 52.0% of the confirmed peptic ulcer patients, a *H. pylori* eradication therapy was prescribed but in spite of this, only in 94.4% of the patients with a by laboratory test confirmed *H. pylori* infection, were treated with one eradication regime.

Conclusions: The therapeutic regimens followed, in general, the recommendation published about the therapeutic management of peptic ulcer. However, the discordance was found and mainly associated with the dosage and the number of daily administrations of the anti-secreting agent.

Keywords: Peptic Ulcer; *Helicobacter Pylori*; Anti-Secreting Agent; «Portuguese Sentinel Network»; Eradication Therapy.