

REV PORT PNEUMOL VII(4):398

**Estratégia global
para o diagnóstico, manejo
e prevenção da Doença Pulmonar
Obstrutiva Crónica**

**NHBLI/OMS iniciativa global
para a Doença Pulmonar Obstrutiva
Crónica (GOLD)**

**Global strategy for the diagnosis,
management and prevention
of Chronic Obstructive Pulmonary
Disease**

**NHBLI/WHO global initiative
for Chronic Obstructive Lung Disease
(GOLD) workshop summary**

ROMAIN PAUWELS, SONIA BUIST,
PETER CALVERLEY, CHRISTINE JENKINS,
SUZANNE HURD

On behalf of the GOLD Scientific Committee

Am J Respir Crit Care Med 2001; 163 1256-1276

RESUMO

A consciência da importância em termos de saúde da DPOC levou à discussão prolongada e à publicação deste documento, no sentido de propor uma actuação que possa inverter a actual crescente morbilidade e mortalidade desta doença. Nos Estados Unidos é já a 4ª causa de morte e estima-se que em 2020 seja a 5ª causa de morte a nível mundial.

À semelhança do projecto GINA desenvolvido para a asma, o GOLD propõe uma definição actual de DPOC, os critérios de gravidade, quais os factores de risco mais frequentes e um plano de actuação dividido em 4 componentes.

A DPOC é definida como uma entidade caracterizada por limitação do fluxo aéreo que não é completamente reversível. Esta limitação é habitualmente progressiva e associada a uma resposta inflamatória anormal dos pulmões a partículas tóxicas ou gases.

O diagnóstico deve ser considerado num doente com sintomas de tosse, expectoração, ou dispneia, e/ou com história de exposição a factores de risco para a doença (tabagismo, químicos ou poeiras ocupacionais e fumo gerado por combustíveis nas habitações). O diagnóstico é confirmado por espirometria. A presença, após broncodilatador, de um VEMS<80% do valor de referência em combinação com um VEMS/CVF<70% confirma a presença de limitação de fluxo aéreo que não é completamente reversível.

A definição da gravidade baseia-se na presença de sintomas e na diferente intensidade da alteração funcional. É dividida em 4 estádios:

- Estádio O (em risco) - presença de sintomas mas espirometria normal
- Estádio I (DPOC ligeira) - sintomas e VEMS/CVF<70 % mas VEMS>80%
- Estádio II (DPOC moderada) - sintomas e
 - IIA- VEMS entre 80 e 50%
 - IIB- VEMS entre 50 e 30 %
- Estádio III (DPOC grave) - com VEMS<30% ou presença de insuficiência respiratória ou cardíaca direita.

Os 4 componentes de actuação propostos são:

- Componente 1 – diagnóstico, avaliação da gravidade e monitorização da evolução da doença.

- Componente 2 – redução dos factores de risco através da prevenção e cessação tabágica (esta medida é considerada como a principal a realizar na prevenção da DPOC na fase pré-clínica da doença), redução da exposição ocupacional e da poluição "indoor/outdoor".

- Componente 3 – manejo da DPOC estável.

- tratamento farmacológico: broncodilatadores e corticóides inalados, estes em especial a partir do Estádio II, se houver boa resposta clínica ou funcional, mas no Estádio IIB devem ser usados para diminuir o número e a gravidade das exacerbações.

- tratamento não-farmacológico que pode incluir a reabilitação, a oxigenoterapia e o suporte ventilatório e o tratamento cirúrgico (bulectomia, cirurgia de redução de volume e transplante pulmonar).

- Componente 4 – manejo das exacerbações.

Neste componente, para além das medidas farmacológicas, são propostos critérios de internamento hospitalar, admissão à unidade de cuidados intensivos, orientações para a instituição de ventilação não-invasiva e suas contra-indicações, e indicações para a ventilação mecânica invasiva. São ainda referidos os critérios da alta hospitalar e do seguimento nas semanas seguintes após a exacerbação.

A finalizar, o GOLD aponta áreas de investigação futura para uma melhor compreensão e tratamento da DPOC.

COMENTÁRIO

Qualquer comentário a este documento de profunda solidez científica será desajustado, inoportuno e pretensioso. Constitui de facto uma das mais importantes e a mais recente "bíblia" em que nos devemos basear para tratar os doentes com DPOC.

No entanto, assisti à discussão pública nos últimos anos, nas mais importantes reuniões pneumológicas internacionais, e penso que ficaram algumas questões por responder.

É do conhecimento geral que existem doentes com critérios clínicos e funcionais de DPOC que não apresentam os factores de risco acima mencionados. Dever-se-á por esse motivo considerar o estudo funcional respiratório como um exame de rotina?

É sabido que os factores de agudização mais frequentes são as infecções respiratórias e que a flora envolvida depende da gravidade clínica e funcional dos doentes. Não seria de propor também uma antibioterapia diferenciada e baseada nos critérios de gravidade, associada ao tratamento segundo a gravidade, e que essencialmente refere os broncodilatadores e corticóides inalados? Uma vez que a DPOC é considerada uma doença inflamatória diferente da asma, por que não considerar um tratamento anti-inflamatório nos doentes graves não agudizados com corticóides orais e/ou imunossuppressores?

Todos os que têm experiência em ventilação não-invasiva, e confrontados com as dificuldades em instituir esta terapêutica em grande número de doentes, não concordarão com a afirmação de que esta modalidade de tratamento não está indicada no doente grave e estável, como eventual terapêutica de base como acontece com a oxigenoterapia, mas apenas nas exacerbações dos mesmos doentes graves.

Por fim, é de lamentar a ausência de um português no comité científico do Projecto GOLD.

Convém recordar que em 1997 foi terminado em Portugal um enorme estudo epidemiológico (Projecto PNEUMOBIL) que avaliou mais de 12 000 indivíduos e que permitiu calcular que em Portugal existem mais de 33 000 doentes no agora definido Estádio IIA, cerca de 10 000 no Estádio IIB e cerca de 8 000 no Estádio III. Esta difícil realidade epidemiológica, económica e humana também nos toca a nós.

MENSAGEM

- Esta é uma publicação essencial para todos os que se dedicam à área da DPOC, abordando os principais aspectos do conhecimento que temos actualmente da doença, definindo orientações para a investigação futura, mas fundamentalmente propondo os parâmetros nos quais nos devemos basear para o diagnóstico e a avaliação da gravidade, de forma a estabelecer um plano de manejo e tratamento dos doentes com DPOC, para que se possa diminuir a sua crescente morbilidade e mortalidade a nível mundial.

BIBLIOGRAFIA

São referenciados 210 artigos neste documento.

João Cardoso, 01.07.24