

Artigo original

DPOC – tratamento do paciente estável.

COPD – treatment of not critical patient.

Rodolfo Fred Behrsin¹.

RESUMO

O autor apresenta uma revisão acerca das medidas terapêuticas existentes para os pacientes de DPOC classificados como portadores de doença leve ou moderada.

Descritores: DPOC, tratamento, doença leve ou moderada.

ABSTRACT

The author present a review of the therapy for COPD patients with mild or moderate forms of disease.

Keywords: COPD, treatment, mild or moderate disease.

BRONCODILATADORES

Os broncodilatadores são a base do tratamento sintomático da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), sendo a via de administração preferencial a inalatória. Isto se deve ao fato desta ter uma menor incidência de efeitos colaterais e início de ação mais rápida.

β2-agonistas

Os β2-agonistas de longa duração (formoterol e salmeterol), quando comparados aos β2-agonistas de curta ação (fenoterol, salbutamol e terbutalina), apresentam resultados mais satisfatórios e resultam em melhora da dispneia e melhora funcional mais acentuada e mais duradoura.

O formoterol apresenta início de ação mais rápido (cerca de três minutos após sua administração), enquanto o salmeterol, por ser um beta-2 agonista parcial, apresenta seu início de broncodilatação em aproximadamente 30 minutos até o início de ação. Entretanto, apresenta menor risco de desenvolver taquiarritmias.

Anticolinérgicos

Dentre os anticolinérgicos disponíveis, temos o brometo de ipratrópio e o brometo de tiotrópio. São medicamentos importantes no manejo da DPOC, considerando-se a pouca resposta destes pacientes às drogas beta-2 constatada no teste pós broncodilatador durante a realização da espirometria.¹⁻⁴

O brometo de ipratrópio é um antagonista inespecífico dos receptores muscarínicos, mas seu curto tempo de ação faz necessário várias administrações ao longo do dia, perdendo alguma eficácia no alívio da dispneia.²⁻⁴

O brometo de tiotrópio é um anticolinérgico de longa duração, o que permite a sua utilização em dose única diária e, conseqüentemente, melhores resultados terapêuticos quando comparável com o brometo de ipratrópio. Apresenta poucos efeitos colaterais, sendo o mais comum a queixa de boca seca nos pacientes que utilizam a medicação. O brometo de tiotrópio reduz o número de exacerbações e hospitalizações, melhorando a qualidade de vida e prognóstico do paciente com DPOC, comparado ao placebo e brometo de ipratrópio. É uma droga que deve ser considerada quando diante de pacientes irresponsivos ao teste broncodilatador com drogas beta-2.¹⁻⁴

Lançado recentemente no mercado brasileiro, o novo mecanismo inalatório do tiotrópio, o respimat, apresenta-se como inalador com melhor rendimento na absorção do medicamento e, conseqüentemente, melhor resposta terapêutica.

CORTICÓIDE INALATÓRIO

As Diretrizes da ATS/ERS, de 2004, recomendam o uso de corticoterapia inalatória para pacientes que apresentem VEF₁ <50% e tenham apresentado pelo menos uma exacerbação no ano anterior e necessitam usar antibióticos e corticoterapia oral.⁵

1. Mestre em Pneumologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF).

O documento GOLD recomenda o seu uso se o paciente apresentou pelo menos duas exacerbações no ano anterior que tenha sido necessário uso de antibióticos e/ou corticoterapia oral.

Já a associação de corticoterapia inalatória com beta-agonista de longa ação (fluticasona + salmeterol e budesonida + formoterol) pode reduzir a mortalidade e as exacerbações e melhorar a qualidade de vida em portadores de DPOC.

CORTICÓIDE SISTÊMICO

Na fase estável dos pacientes portadores de DPOC, não há indicação do uso de corticóides sistêmicos de manutenção (oral ou injetável), devido não ocorrer melhora da função pulmonar, além de levar a efeitos sistêmicos indesejáveis.

O corticóide sistêmico está indicado nas exacerbações infecciosas e não infecciosas, pois já foi demonstrado que o seu uso reduz os sintomas e melhora o VEF₁ e a PaO₂ em menor tempo.

OXIGENIOTERAPIA

Indicações de oxigenoterapia

A oxigenoterapia é, de forma inquestionável, importante medida para melhorar a sobrevivência de pacientes hipoxêmicos portadores de DPOC. O objetivo é manter a saturação arterial da oxiemoglobina acima de 90%.

Constituem indicações para a prescrição de oxigenoterapia domiciliar contínua: PaO₂ ≤55 mmHg ou saturação ≤ 88% em repouso; PaO₂ entre 56 e 59 mmHg com evidências de *cor pulmonale* ou policitemia.

Sistemas de oxigenoterapia

Cilindros de oxigênio

São sistemas que armazenam o gás sob pressão. Este é um método caro e, ao preço do gás, soma-se a estratégia de transporte do mesmo até a residência do paciente.

Concentradores de oxigênio

São máquinas que separam o oxigênio dos demais gases do ar ambiente, concentrando o O₂ a até 95% e fornecendo fluxos de 1 a 5 L/min. Apesar do gasto extra com energia elétrica, os concentradores são mais baratos que os cilindros de oxigênio, tornando-se boa opção ao paciente que necessite usar oxigenoterapia contínua.

REFERÊNCIAS

1. Bone R. Combivent inhalation aerosol study group. In chronic obstructive pulmonary disease, a combination of ipratropium and albuterol is more effective than either agent alone. *Chest* 1994;105:1411-9.
2. Braun SR, Wayland NM, Copeland C, Knight L, Eilersieck MA. Comparison of the effect of ipratropium and albuterol in the treatment of chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Intern Med* 1989;149:544-7.
3. Brusasco V, Hodder R, Miravittles M, Korducki L, Towse L, Kesten S. Health outcomes following treatment for six months with once daily tiotropium compared with twice daily salmeterol in patients with COPD. *Thorax* 2003;58:399-404.
4. Taskin DP, Celli B, Senn S, Burkhart D, Kesten S, Menjoge S, Decramer M. A 4-Year Trial of tiotropium in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med* 2008;359:1543-54.
5. American Thoracic Society. Standards for the diagnosis and care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 1995;152:77-120.

VACINAÇÃO

A vacina antiinfluenza está recomendada em portadores de DPOC, principalmente nas formas com maior limitação respiratória, e deve ser repetida anualmente no outono.

A vacina antipneumocócica apresenta importante potencial de proteção dos pacientes com DPOC, por reduzir a resistência ao pneumococo. Esta deve ser administrada a cada 5 anos.

TRATAMENTO DO COR PULMONALE CRÔNICO E DA HIPERTENSÃO PULMONAR

A presença de hipertensão pulmonar na DPOC está associada com maior morbimortalidade. Foi demonstrado que o prognóstico dos pacientes com DPOC piora quanto maior a pressão na artéria pulmonar.

A medida mais eficaz de tratamento do *cor pulmonale* e da hipertensão arterial pulmonar na DPOC é a oxigenoterapia, pois leva à redução da resistência vascular pulmonar ao diminuir a vasoconstrição hipóxica, que é o principal determinante da hipertensão arterial e do *cor pulmonale* na DPOC.

Não há benefícios importantes na utilização de digitálicos no *cor pulmonale*, pois estes não exercem efeito na contratilidade cardíaca direita. Diuréticos podem ser usados nos pacientes com edema, mas com cautela para evitar a redução do débito cardíaco e da perfusão renal.

CESSAÇÃO DO TABAGISMO

Uma medida de extrema importância para melhor tratamento do DPOC é a interrupção do tabagismo.

Sabe-se que fumar é o principal responsável pelo desenvolvimento da doença e sua interrupção representa a retirada de um fator agressor do tecido pulmonar.

Vários medicamentos para apoio ao abandono do tabagismo foram desenvolvidos e lançados nos últimos anos, dentre os quais podemos citar a terapia de reposição de nicotina (TRN), a bupropiona e, mais recentemente, a vareniclina, sendo esta última a medicação de maior eficácia disponível no mercado atualmente.

Todos os pacientes devem ser questionados se são tabagistas e, em caso afirmativo, estimulados a deixar de fumar.