

2026-01-13 14:41:03

<http://justnews.pt/noticias/importa-detetar-cedo-a-instabilidade-da-dpoc-e-prevenir-novas-agudizacoes>



«Importa detetar cedo a instabilidade da DPOC e prevenir novas agudizações»

As mais recentes orientações GOLD - Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, referentes a 2026, sofreram algumas atualizações importantes, uma das quais se refere à forma como deve ser classificado um doente com DPOC. O médico de família Rui Costa faz uma espécie de antevisão do que vai ser apresentado numa das sessões da próxima edição do Allergy & Respiratory Summit, cuja 3.ª edição decorrerá entre 5 e 7 de fevereiro.

Rui Costa apresenta-a como uma “nova definição prática de risco” ao referir-se à diretriz GOLD 2026 que considera ser “suficiente a ocorrência de uma única agudização moderada ou grave no último ano para que o doente com DPOC seja automaticamente reclassificado como integrando o Grupo E, ou seja, agudizador e de alto risco”.

Até agora, a GOLD – iniciativa lançada em 1997, numa colaboração entre a Organização Mundial de Saúde e o Instituto Nacional do Coração, Pulmão e Sangue dos EUA – indicava serem necessárias pelo menos duas agudizações moderadas ou uma grave para proceder a essa mudança na classificação do doente.

“Essa regra aplica-se independentemente de haver hospitalização ou não. Uma agudização moderada tratada com um corticoide oral e/ou antibiótico já obriga a rever todo o plano terapêutico. O objetivo é claro, detetar cedo a instabilidade da doença e prevenir novas agudizações”, sublinha Rui Costa.

Quanto ao diagnóstico, o ex-coordenador do GRESP - Grupo de Estudos de Doenças Respiratórias da APMGF diz não haver alteração: “Continua a “depende de uma espirometria pós-broncodilatador com FEV1/FVC < 0,7 como critério principal”. No entanto, salienta, “devemos rastrear a doença pulmonar obstrutiva crónica em pessoas expostas a fatores de risco – como o tabaco, as poeiras ocupacionais e a poluição –, mesmo que não apresentem sintomas marcados, para a realização de diagnóstico mais precoce”.

Em doentes selecionados, exames complementares como a TAC de alta resolução ou o teste de difusão (DLCO) “ajudam a caracterizar melhor a doença”, sendo que, “na avaliação de risco já não contemplamos apenas agudizações e sintomas, cruzamos agora quatro dimensões”.

Rui Costa refere os sintomas (CAT \geq 10 ou mMRC \geq 2), o histórico de agudizações (bastando uma para alto risco), os biomarcadores (sobretudo eosinófilos no sangue como guia para uso de ICS), o fenótipo clínico (enfisematoso, bronquítico crónico ou asma-DPOC overlap). “Esta abordagem multidimensional permite uma terapêutica mais personalizada e previsível”, assegura.

A GOLD 2026 recomenda que todos os doentes incluídos no Grupo E comecem com LAMA + LABA. No entanto:

- Se eosinófilos \geq 300 cells/ μ L □ considerar desde logo terapia tripla (LAMA + LABA + ICS).
- Se eosinófilos entre 100-300 cells/ μ L □ ponderar ICS se agudizações recorrentes.
- Se abaixo de 100 cells/ μ L □ ICS geralmente não indicado, salvo se asma associada.



Rui Costa: “O médico de família tem o poder de cortar o ciclo de agudização-declínio funcional com intervenções rápidas e sustentadas”

“Entretanto, foi reforçada a cautela contra o uso indiscriminado de ICS, apenas se justificando quando o perfil inflamatório indica benefício para evitar complicações como a pneumonia”, explica Rui Costa, adiantando uma outra novidade: “A valorização de associações fixas, incluindo terapêutica tripla num único dispositivo, e de broncodilatadores de ultralonga ação, que permitem regimes de dose única diária, com um benefício real para a adesão.”

“No fundo, o objetivo é conseguir um tratamento eficaz iniciado precocemente, com ajuste rápido e mais personalizado”, remata.

Na gestão das agudizações, a GOLD 2026 descreve três níveis:

- Ligeira: deve aumentar-se a utilização de SABA ± SAMA inalado/nebulizado.
- Moderada: requer corticoide oral de curta duração (prednisolona 40 mg/dia x 5 dias) e, se critérios de infeção presentes, antibiótico por 5-8 dias.
- Grave: envolve hospitalização, oxigenoterapia controlada e, eventualmente, ventilação não invasiva.

“A grande recomendação é que todas as agudizações, independentemente da gravidade, devem ser seguidas de uma revisão clínica no prazo máximo de duas a quatro semanas”, resume Rui Costa, acrescentando:

“Essa revisão clínica serve para avaliar a resposta ao tratamento; para rever a técnica inalatória e a adesão ao inalador, que são essenciais para garantir o sucesso terapêutico; para reclassificar o risco e ajustar a terapêutica de manutenção, com o frequente escalar para terapêutica dupla ou tripla.”

JORNAL MÉDICO

DOS CUIDADOS DE SAÚDE MULTIDISCIPLINARES



A notícia completa pode ser lida na edição de janeiro 2026 do Jornal Médico.