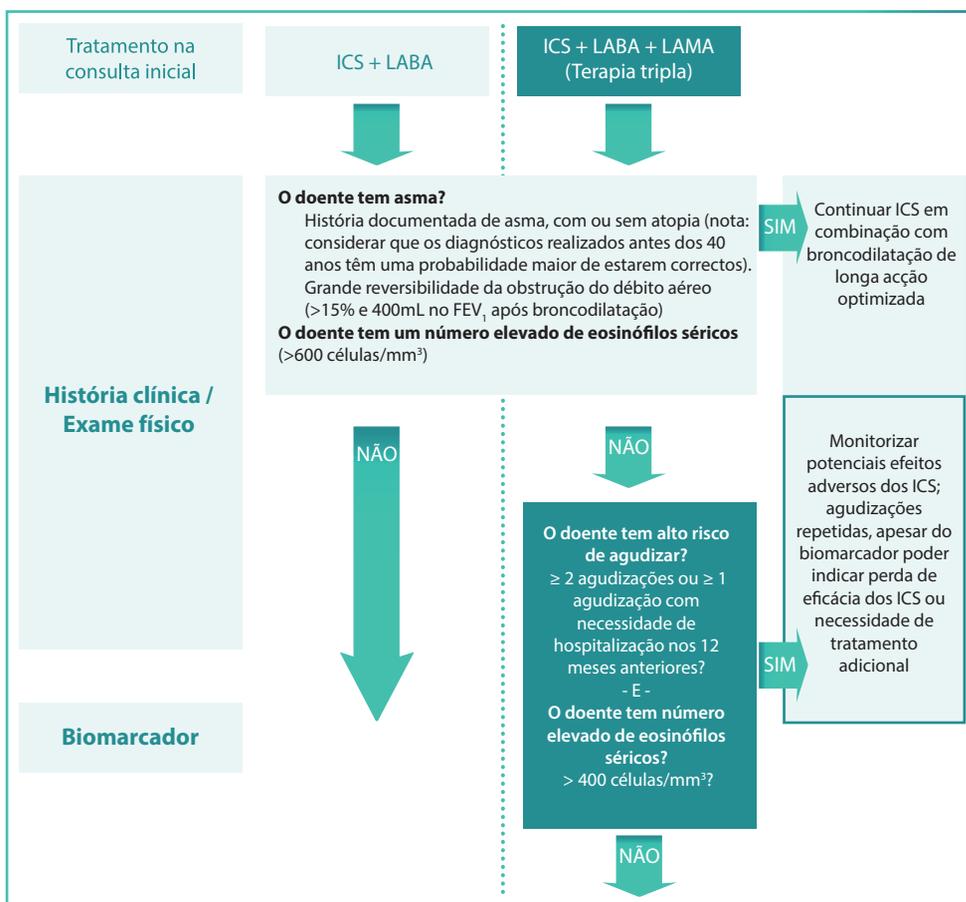


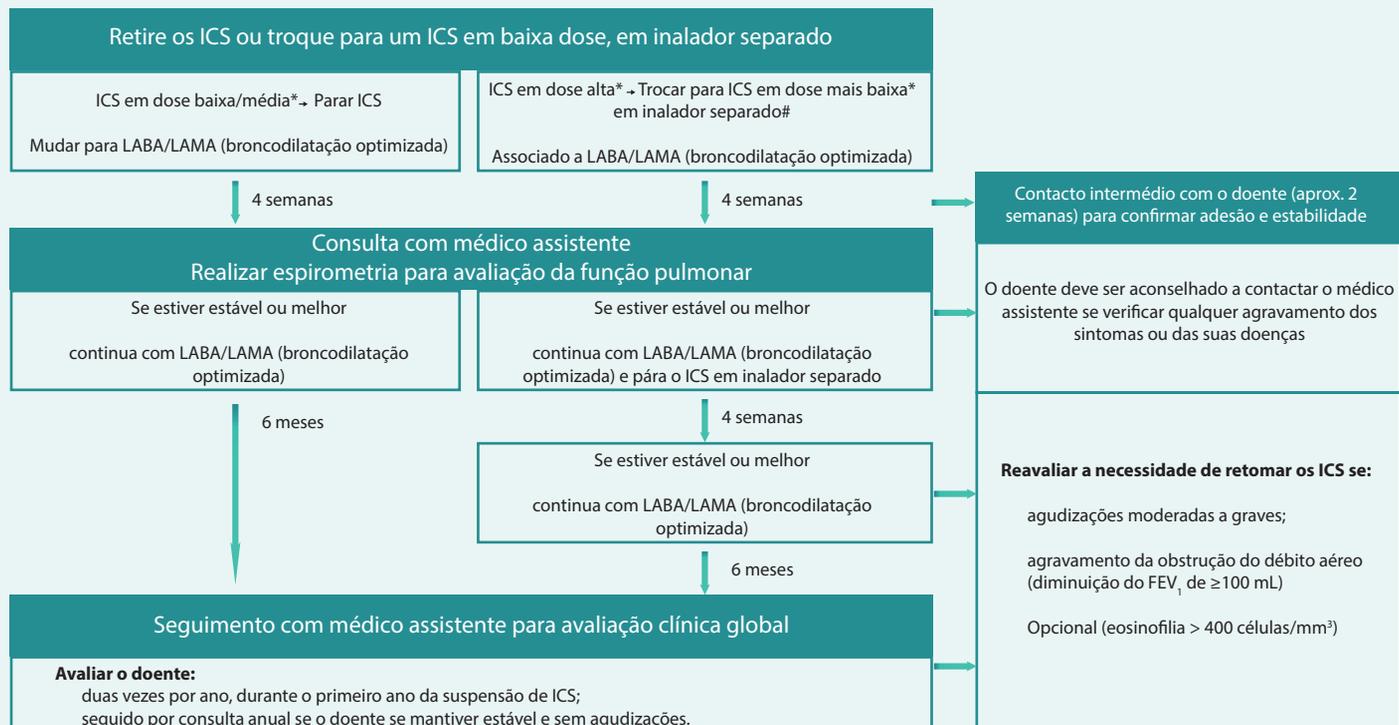
Análise da necessidade do tratamento com corticosteróides inalados na DPOC e orientações para a sua descontinuação

Este guia propõe um algoritmo para identificar pessoas com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) que possam beneficiar de tratamento com corticosteróides inalados (ICS) e aquelas nas quais este poderá não ser adequado. Sugere também uma abordagem para retirar os ICS nas pessoas em que estes não são necessários.

- Em pessoas com DPOC com baixo risco de agudizações, a broncodilatação deve ser o tratamento de primeira linha. [GOLD 2018] Nos doentes sintomáticos em monoterapia, o tratamento pode ser otimizado para uma combinação de agonistas β_2 de longa acção com antimuscarínicos de longa acção (LABA+LAMA). Nos doentes com dispneia grave, pode ser indicado o tratamento inicial com LABA+LAMA. [GOLD 2018]



Pessoas com DPOC que não necessitam de ICS



*Ver tabela seguinte. #ICS que não está num inalador com combinação de fármacos.

Em doentes com alto risco de agudizações mas com poucos sintomas, o tratamento recomendado como primeira linha é um LAMA (podendo ser optimizado para LABA+LAMA se as agudizações persistirem) ou uma combinação LABA+LAMA. Em doentes sintomáticos de maior risco, o tratamento de primeira linha é uma combinação LABA+LAMA, podendo utilizar-se como alternativa um LAMA ou uma combinação LABA+ICS. [GOLD 2018] Se as agudizações persistirem com LABA+LAMA, os doentes podem ser optimizados com LABA+LAMA+ICS (terapia tripla).

O uso prolongado de ICS está associado a um risco significativo de pneumonia [Yawn 2013; Suissa 2013; Kew & Seniukovich 2014] e efeitos sistémicos [Price 2012]. Desta forma, as combinações contendo ICS não estão recomendadas em doentes de baixo risco e devem apenas ser consideradas em doentes de alto risco com fenótipo de asma, ou como terapia tripla se as agudizações persistirem apesar do tratamento com LABA+LAMA. [GOLD 2018]

A descontinuação de ICS diminui rapidamente o risco de pneumonias graves. [Suissa 2015]

Apesar de existirem, desde há vários anos, orientações clínicas sobre o papel limitado de ICS na DPOC [GOLD 2001], há evidência do uso inapropriado de ICS em doentes com DPOC com baixo risco de agudizações. [Vestbo 2014; Price 2014]

Estudos recentes mostraram que os ICS podem ser suspensos em doentes de baixo e alto risco, desde que seja instituída terapia broncodilatadora adequada. [Rossi 2014a; Rossi 2014b; Magnussen 2014] A suspensão de ICS apenas aumentou o número de agudizações em doentes com eosinófilos elevados e história de agudizações frequentes. [Calverley 2016]

Regimes terapêuticos contendo ICS habitualmente prescritos na DPOC e ICS em inaladores separados para a mudança do tratamento

Tratamento actual	Reduzir/Passar para
Fluticasona/Salmeterol 250/50µg uma inalação duas vezes por dia	LABA/LAMA
Fluticasona/Salmeterol 500/50µg uma inalação duas vezes por dia	LABA/LAMA mais Fluticasona 250µg uma inalação duas vezes por dia
Beclometasona/Formoterol* 100/6µg duas inalações duas vezes por dia	LABA/LAMA
Fluticasona/Vilanterol 92/22µg uma inalação por dia	LABA/LAMA
Budesonido/Formoterol 320/9µg uma inalação duas vezes por dia 160/4,5µg duas inalações duas vezes por dia	LABA/LAMA
Budesonido/Formoterol 320/9µg duas inalações duas vezes por dia	LABA/LAMA mais Budesonido 200µg duas inalações duas vezes por dia

* Aprovado pelo Infarmed mas actualmente não participado

Referências

- Calverley PM, Tetzlaff K, Vogelmeier C, Fabbri LM, Magnussen H, Wouters E, Disse B, Finnigan H, Asjeee GM, Watz H. Abstract. Evaluating blood eosinophils and exacerbation history to predict ICS response in COPD. *European Respiratory Journal* 2016 48:OA1973; DOI: 10.1183/13993003.congress-2016.OA1973

- Global Initiative for Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease NHLBI/WHO Workshop Report 2001

- Global Initiative for Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease, 2017. <http://www.goldcopd.com>

- Kew KM, Seniukovich A. Inhaled steroids and risk of pneumonia for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;10(3)

- Magnussen H, Disse B, Rodriguez-Roisin R, Kirsten A, Watz H, et al; WISDOM Investigators. Withdrawal of inhaled glucocorticoids and exacerbations of COPD. *N Engl J Med*. 2014; 371(14):1285-94

- Price D, West D, Brusselle G, Gruffydd-Jones K, Jones R, Miravittles M, Rossi A, Hutton C, Ashton VL, Stewart R, Bichel K. Management of COPD in the UK primary-care setting: an analysis of real-life prescribing patterns. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2014

- Price D, Yawn B, Brusselle G, Rossi A. Risk-to-benefit ratio of inhaled corticosteroids in patients with COPD. *Prim Care Respir J*. 2012;22(1):92-100

- Rossi A, Guerriero M, Corrado A. Withdrawal of inhaled corticosteroids can be safe in COPD patients at low risk of exacerbation: a real-life study on the appropriateness of treatment in moderate COPD patients (OPTIMO). *Respir Res* 2014b. 15:77

- Rossi A, van der Molen T, del Olmo R, Papi A, Wehbe L, et al. INSTEAD: a randomised switch trial of indacaterol versus salmeterol/fluticasone in moderate COPD. *Eur Respir J*. 2014a;44(6):1548-56

- Suissa S, Coulombe J, Ernst P. Discontinuation of Inhaled Corticosteroids in COPD and the Risk Reduction of Pneumonia. *Chest* 2015;148(5):1177-83

- Suissa S, Patenaude V, Lapi F, Ernst P. Inhaled corticosteroids in COPD and the risk of serious pneumonia. *Thorax* 2013;68:1029-36

- Vestbo J, Vogelmeier C, Small M, Higgins V. Understanding the GOLD 2011 Strategy as applied to a real-world COPD population. *Respir Med* 2014;108:729-36

- Yawn BP, Li Y, Tian H, Zhang J, Arcona S, et al. Inhaled corticosteroid use in patients with chronic obstructive pulmonary disease and the risk of pneumonia: a retrospective claims data analysis. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2013;8:295-304

Autores: Alan G Kaplan MD CCFP(EM) FCFP, Chairperson, Family Physician Airways Group of Canada, Department of Family and Community Medicine, Airways Group of Canada, Department of Chronic Respiratory diseases in primary care, University of Toronto; Miguel Román-Rodríguez MD. Spanish Family Physician organization (semFYC). Instituto de Investigación Sanitaria de Baleares (IdISBa) Palma de Mallorca; David B Price, FRCGP. Observational and Pragmatic Research Institute, Singapore and Centre of Academic Primary Care, University of Aberdeen, Aberdeen, UK; Ioanna Tsiligianni MD, PhD, MPH. Clinic of Social and Family Medicine, Faculty of Medicine, University of Crete, Greece

Editor: Hilary Pinnock, Professor of Primary Care Respiratory Medicine, Allergy and Respiratory Research Group, Usher Institute of Population Health Sciences and Informatics, University of Edinburgh. A declaração de interesses dos autores está disponível em <http://www.theipcr.org/x/9gMcAg>.

Tradução e adaptação de edição Portuguesa: Pedro Fonte, Carlos Gonçalves, Rui Costa e Jaime Correia de Sousa A Novartis Pharma financiou a revisão da literatura, a composição e a impressão.

Este guia prático serve apenas para consulta; destina-se a uso geral e não deve ser considerado aplicável a casos específicos. Mais informações em: <http://www.theipcr.org/display/OurNetwork/Disclaimer>

The IPCRG is a registered charity (SC No 035056) and a company limited by guarantee (Company No 256268). Communication address: PO Box 11961, Westhill, AB32 9AE, Scotland, United Kingdom