

O diagnóstico precoce da DPOC realmente ajuda!

A DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica) é uma condição cada vez mais comum que ocasiona índices substanciais de morbidade e mortalidade. Este estudo de opinião examina as evidências dos benefícios do diagnóstico precoce e fornece ferramentas que podem ser úteis para alterar sua prática de forma a melhorar a saúde de seus pacientes.

Por que o diagnóstico precoce é importante?

A DPOC é normalmente subdiagnosticada em todo o mundo. Em uma pesquisa realizada com a população da Espanha, apenas um quarto das pessoas que tinham DPOC estava ciente da existência do diagnóstico.¹

O diagnóstico da DPOC geralmente é feito após perda substancial de uma parte da função pulmonar. O reconhecimento dos sintomas pelo paciente normalmente ocorre quando o valor do VEF₁ está abaixo de 50% do previsto – nível em que o estado de saúde já está comprometido e existe uma quantidade significativa de inflamação sistêmica que ocasiona comorbidades.²

Os custos financeiros da DPOC são altos. Incluem os custos diretos de hospitalizações e outras intervenções clínicas, bem como os custos indiretos de incapacidade, perda de produtividade, apoio para os cuidadores e custos familiares. Muitos desses custos poderiam ser reduzidos com um diagnóstico e intervenção precoces.³

A intervenção precoce pode ajudar?

Em todos os estágios do tratamento da DPOC, vários tipos de intervenções, como parar de fumar, fazer exercícios e reabilitação, mudanças no estilo de vida, vacinação contra gripe (influenza) e pneumococo, resulta em melhora da qualidade de vida dos pacientes.²

Existem cada vez mais evidências de que a detecção precoce da limitação do fluxo aéreo e a intervenção precoce podem atrasar a perda da função pulmonar, reduzir a carga dos sintomas da DPOC e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.⁴

A interrupção do hábito de fumar tem se mostrado ser a intervenção mais significativa para reduzir o ritmo de perda

da função pulmonar⁵. Quanto mais cedo se para de fumar, mais a função pulmonar é preservada.⁶ Parar de fumar pode ser uma medida mais eficiente nos indivíduos que recebem um diagnóstico seguro.⁷

Analisar a doença e instruir os pacientes quanto a sua idade pulmonar também são medidas que aumentaram as taxas de interrupção do hábito de fumar.⁸ Para ver as ferramentas de ajuda para a interrupção do hábito de fumar, veja a folha de informações sobre interrupção do fumo do IPCRG⁹ ou a orientação prática pela web.¹⁰

A intervenção farmacológica precoce pode melhorar o estado de saúde e a capacidade de exercício dos pacientes com DPOC e reduzir as exacerbações, mesmo em pacientes com DPOC de grau leve a moderado.¹¹ A limitação do fluxo aéreo durante o exercício está associada à ampla disfunção das pequenas vias aéreas, mesmo em pacientes cuja função pulmonar em repouso possa parecer relativamente preservada. É provável que esses pacientes se beneficiem com a broncodilatação, independentemente das melhorias observadas com espirometria.¹² A identificação precoce também permite iniciar mais cedo as mudanças no estilo de vida, como a introdução de exercícios e reabilitação pulmonar.¹³

O tratamento precoce e agressivo das exacerbações protege o paciente da progressão da DPOC. Cada exacerbação da DPOC com secreção purulenta diminui a qualidade de vida e a longevidade do paciente, bem como sua função pulmonar.¹⁴

Constatou-se que a vacinação, a nutrição adequada e a intervenção farmacológica apropriada reduzem as exacerbações.^{15,16}

A educação para o autotratamento é um componente crucial dos cuidados, e todas as pessoas com DPOC deviam ter a oportunidade de discutir as mudanças de estilo de vida que poderiam melhorar seu prognóstico e elaborar planos de intervenção precoce em casos de exacerbação.¹⁷

Quais são as barreiras para se fazer um diagnóstico precoce?

Existem muitas barreiras para se fazer um diagnóstico precoce – veja a Tabela 1.

Como podemos promover o diagnóstico precoce?

Existem inúmeras estratégias que podem ser usadas para incentivar o diagnóstico precoce. Promover a melhor compreensão e conscientização por parte de políticos, profissionais de saúde e as pessoas da comunidade em relação a uma doença

Tabela 1. Barreiras à promoção do diagnóstico preciso de DPOC

- A DPOC progride incessantemente, porém de forma lenta e por isso muitos pacientes não percebem que têm um problema
- Os pacientes com DPOC atribuem seus problemas respiratórios à idade, ao fato de estarem menos ativos e ao envelhecimento. Eles pressupõem que a tosse é um fenômeno normal; os fumantes tosse
- Os pacientes com DPOC não costumam reclamar sobre seu problema, o que é descrito como o "silêncio dos pacientes com DPOC"¹⁸
- Uma vez que os pacientes desvalorizam seus sintomas, o médico pode usar uma abordagem menos agressiva em seu tratamento, deixando de considerar a doença em um estágio inicial
- Os médicos podem não considerar as infecções brônquicas recorrentes como um sinal precoce de desenvolvimento de DPOC
- Esses pacientes normalmente possuem várias comorbidades e essas condições podem ser mais urgentes e mais fáceis de diagnosticar
- Os médicos possuem uma tendência de associar determinadas doenças ao gênero, pressupondo que as mulheres teriam asma, fazendo assim um diagnóstico incorreto¹⁹
- Controvérsias quanto ao uso de espirometria nos cuidados primários para uma detecção precoce poderiam desmotivar alguns médicos²⁰
- Existe uma falta de aplicação sistemática de espirometria e de treinamento nesse teste, no contexto dos cuidados primários²¹
- Pode haver um atraso na recepção dos relatórios de espirometria, quando feitos fora do consultório²²
- Existem pressões de prazo sobre os clínicos gerais que afetam negativamente suas capacidades de tratar dos pacientes de forma proativa^{23,24}

cada vez mais significativa é o pilar de uma mudança de atitude completa.

Oferecer o teste de espirometria a todos os fumantes, independentemente do fato de apresentarem sintomas de DPOC, tem sido uma opção defendida, com uma taxa de detecção de DPOC recém-diagnosticada de até 20%.²⁵ Contudo, muitos autores recomendam a detecção oferecendo o teste de espirometria aos fumantes sintomáticos após uma abordagem inicial, utilizando questionários para detectar os sintomas iniciais relacionados à DPOC.²⁶

Em uma determinada população, os questionários poderiam ser distribuídos pela mídia para incentivar os fumantes do grupo de risco a verificar se possuem os sintomas e indicar a consulta de um clínico geral. O Canada Lung Health Test²⁷ é um bom exemplo (Tabela 2). O rastreamento negativo torna menos provável o diagnóstico de DPOC.²⁸

Atualmente, o IPCRG recomenda que todos os pacientes com mais de 35 anos sejam avaliados quanto ao risco de desenvolverem DPOC²⁹ – veja a Figura 1.

1. Obter um histórico através de questionários de rastreamento validados, com base em uma combinação de sintomas e fatores de risco.

Tabela 2. Canada Lung Health Test²⁷

1. Você tosse regularmente?
2. Você tem tosse com expectoração regularmente?
3. Executar tarefas simples causa-lhe dificuldades respiratórias?
4. Você fica ofegante quando se esforça ou à noite?
5. Você fica frequentemente resfriado, com duração maior que a das outras pessoas que conhece?

Se o paciente for fumante ou ex-fumante e tiver mais de 40 anos e responder sim a qualquer uma das perguntas mencionadas, deve haver indicação para avaliação adicional, incluindo espirometria.

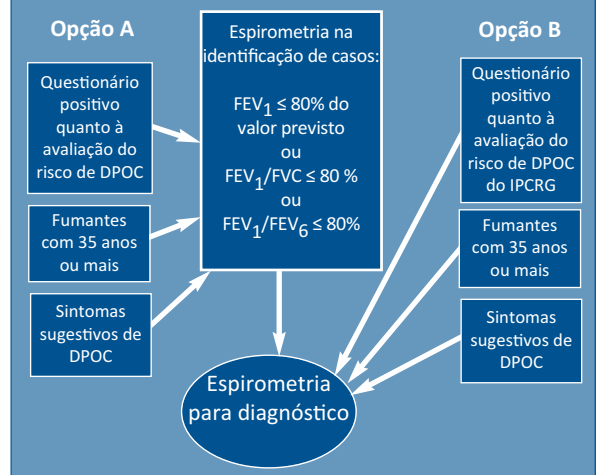
2. Efetuar a espirometria com "identificação de casos" usando uma variedade de pequenos "mini-espirômetros" que podem excluir os casos com FEV1 normal e identificar aqueles que exigem uma investigação mais completa quanto à DPOC.

3. Oferecer o teste de espirometria de diagnóstico a pacientes com sintomas e fatores de risco, ou com um questionário com rastreamento positivo, ou cujo valor de FEV1 no rastreamento não esteja dentro dos limites normais.

Foram expressas preocupações quanto à precisão da espirometria efetuada no contexto de cuidados primários^{30,31} Contudo, estudos mostram que é possível fazer uma espirometria precisa em consultórios de cuidados primários, onde os operadores têm um treinamento adequado e grande interesse.

Práticas que introduziram a espirometria nos cuidados de rotina fizeram mudanças significativas no diagnóstico e tratamento de DPOC.³²

Figura 1.²⁹ Uma abordagem à identificação de casos de DPOC no contexto de cuidados primários care
Adotado com permissão do Primary Care Respiratory Journal
O texto completo deste artigo está disponível em: <http://dx.doi.org/10.4104/pcrj.2009.00055>



Constatou-se que a espirometria oportunista para detectar DPOC foi economicamente eficiente.³³

Resumo

O diagnóstico precoce de pacientes com DPOC é bom para o paciente e para a comunidade. O prestador de cuidados de saúde deve suspeitar de um possível diagnóstico a partir de sintomas e fatores de risco, considerar o rastreamento com a ajuda de mini-espirômetros e oferecer testes de espirometria adequados para confirmar o diagnóstico. Fazer um diagnóstico precoce é uma medida que incentiva a parar de fumar e permite que as intervenções precoces ajudem a prevenir as exacerbações, na esperança de preservar a função pulmonar, melhorar a qualidade de vida e reduzir a mortalidade.

Referências

1. Miravittles M, Soriano JB, Garcia-Rio F, et al. Prevalence of COPD in Spain: impact of undiagnosed COPD on quality of life and daily life activities. *Thorax*. 2009;64(10):863-8. Epub 2009 Jun 23.
2. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2008. Available from: <http://www.goldcopd.org>.
3. Tzovaras NZ, Kouloumenta VN, Gourgoulis KI. The economic impact of late detection of COPD in general practice. *Chest* 2005;127(1):412.
4. Tinkelman DG, Price D, Nordyke RJ, Halbert RJ. COPD screening efforts in primary care: what is the yield? *Prim Care Res J* 2007;16(1):41-8.
5. Fletcher C, Peto R. A prospective epidemiological study of the natural history of chronic airflow obstruction. *Br Med J*. 1977;25;1:1645-8.
6. Scanlon PD, Connett JE, Waller LA, et al. Smoking cessation and lung function in mild-to-moderate chronic obstructive pulmonary disease. The Lung Health Study. *Am J Respir Crit Care Med* 2000;161(2 Pt 1):381-90.
7. Bednarek M, Gorecka D, Wielgomas J, et al. Smokers with airway obstruction are more likely to quit smoking. *Thorax* 2006;61(10):869.
8. Parkes G, Greenhalgh T, Griffin M, et al. Effect on smoking quit rate of telling patients their lung age: the Step 2 quit randomised controlled trial. *BMJ* 2008;336:598-600.
9. van Schayck OCP, Pinnock H, Ostrem A, Litt J for the IPCRG. IPCRG Consensus statement: Tackling the smoking epidemic - practical guidance for primary care. *Prim Care Res J* 2008; 17(3):185-193 DOI: <http://dx.doi.org/10.3132/pcrj.2008.00060>
10. IPCRG web-based practical guidance <http://www.theipcr.org/smoking/index.php>
11. Johansson G, Lindberg A, Romberg K, et al. Bronchodilator efficacy of tiotropium in patients with mild to moderate COPD. *Prim Care Res J* 2008;17(3):169-175.
12. Ofir D, Laveneziana P, Webb KA, et al. Mechanisms of dyspnea during cycle exercise in symptomatic patients with GOLD stage I chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2008;177:622-9.
13. Lacasse Y, Goldstein R, Lasserson TJ, Martin S. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(4):CD003793. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003793.pub2>.
14. J.J. Soler-Cataluna, M.A. Martinez-Garcia, P. Roman Sanchez, E. et al. Severe acute exacerbations and mortality in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 2005;60:925-931.
15. Calverley PMA, Anderson JA, Celli B et al. for the TORCH investigators Salmeterol and Fluticasone Propionate and Survival in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *N Engl J Med* 2007;356:775-789.
16. Tashkin DP, Celli B, Senn S. et al. A 4-Year Trial of Tiotropium in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *N Engl J Med* 2008;359:1543-54.
17. Kaplan A. The COPD Action Plan. *Can Fam Physician*. 2009;55(1):58-9.
18. Habraken JM, Pols J, Bindels PJE, Willems DL. The silence of patients with end-stage COPD: a qualitative study. *Br J Gen Pract* 2008;58:844-849.
19. Chapman KR, Tashkin, DP, Pye D. Gender Bias in the Diagnosis of COPD. *Chest*. 2001;119:1691-1695.
20. Lin K, Watkins B, Johnson T, et al. Screening for Chronic Obstructive Pulmonary Disease Using Spirometry: Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2008;148:60520-213.
21. Lee TA, Bartle B, Weiss KB. Spirometry use in clinical practice following diagnosis of COPD. *Chest* 2006;129:1509-1515
22. Stanbrook MB, Kaplan A. The error of not measuring asthma. *CMAJ*. 2008;179:1099-102
23. Østbye T, Yarnall KSH, Krause KM, et al. Is There Time for Management of Patients With Chronic Diseases in Primary Care? *Ann Fam Med* 2005;3:209-214.
24. Yarnall KS, Østbye T, Krause KM, et al. Family physicians as team leaders: "time" to share the care. *Prev Chronic Dis*. 2009;6(2):A59. Epub 2009 Mar 16.
26. Qaseem A, Snow V, Shekelle P, et al. Diagnosis and management of stable chronic obstructive pulmonary disease: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2007;147(9):633-8.
27. O'Donnell D, Hernandez P, Kaplan A, et al. Canadian Thoracic Society recommendations for management of chronic obstructive lung disease-2008 update- highlights for primary care. *Can Res J* 2008;15(SupplA): 1A-8A
28. Jing J-Y, Huang TC, Cui W, et al. Should FEV1/FEV6 replace FEV1/FVC ratio to detect airway obstruction? A meta-analysis. *Chest* 2009;135(4):991-8.
29. Price D, Crockett A, Arnel M, et al. Spirometry in primary care case-identification, diagnosis and management of COPD. *Prim Care Res J* 2009; 18(3):216-223. DOI: <http://dx.doi.org/10.4104/pcrj.2009.00055>
30. Enright P. Provide GPs with spirometry, not spirometers. *Thorax* 2008;63(5):387 and
31. Soriano JB, Zielinski J, Price D. Screening for and early detection of chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet*. 2009;374:721-32.
32. Miravittles M, de la Roza C, Naberan K, et al. Use of spirometry and patterns of prescribing in COPD in primary care. *Respir Med* 2007;101(8):1753.
33. National Collaborating Centre for Chronic Conditions. Chronic obstructive pulmonary disease. Management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care. National Institute for Clinical Excellence. 2004.