

Obtenção de um diagnóstico precoce da DPOC

Este auxiliar de escritório analisa as evidências dos benefícios da detecção e do diagnóstico precoces da DPOC e fornece aos profissionais de saúde (HCPs) ferramentas que eles podem usar para conseguir isso para os pacientes sob seus cuidados.

POR QUE O DIAGNÓSTICO PRECOCE É IMPORTANTE?

A DPOC é uma doença comum em todo o mundo, com morbidade e mortalidade consideráveis.¹ O subdiagnóstico da DPOC é um problema persistente em todo o mundo e continua sendo uma das principais razões para o subtratamento da doença, apesar da disponibilidade de intervenções não farmacoterapêuticas e farmacoterapêuticas eficazes.² Estima-se que a prevalência global da DPOC seja de 10,3%.² As taxas de subdiagnóstico em países de baixa e média renda podem ser particularmente altas, com algumas estimativas sugerindo taxas de subdiagnóstico superiores a 90%.³

A DPOC sintomática e não diagnosticada está associada a um risco maior de exacerbações, pneumonia, um impacto prejudicial acentuado na qualidade de vida (QV) e até mesmo morte prematura.^{1,4-6} O diagnóstico da DPOC geralmente ocorre somente depois de uma perda significativa da função pulmonar. No momento em que as pessoas procuram ajuda para seus sintomas,

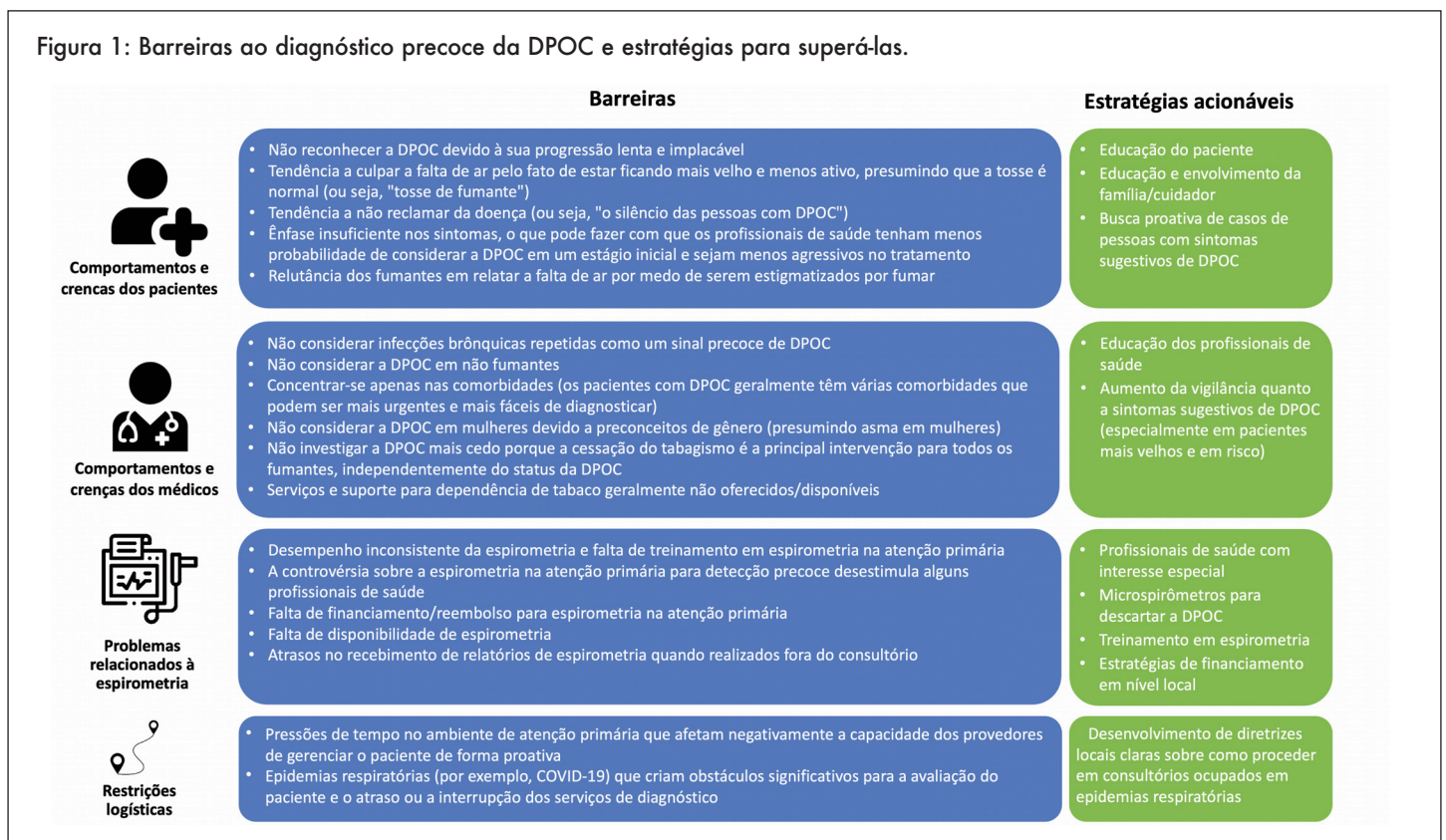
seu VEF₁ geralmente caiu para aproximadamente 50% do previsto, um nível em que o estado de saúde é substancialmente reduzido. Além disso, outras consequências da DPOC, como falta de ar, depressão e ansiedade, geralmente fazem com que as pessoas sejam menos ativas e menos capazes de lidar com a doença.¹ As razões para o atraso no diagnóstico da DPOC são numerosas e complexas, incluindo fatores pessoais, do profissional de saúde e do sistema que impedem o relato, o reconhecimento ou a identificação de sintomas sugestivos de DPOC, ou a disponibilidade de espirometria, essencial para diagnosticar a DPOC (consulte o guia rápido do IPCRG para espirometria em: <https://www.ipcrg.org/DTH14>).² Alguns profissionais e o público consideram a DPOC uma doença autoinfligida se a pessoa tiver fumado tabaco, o que leva ao estigma, à autculpa e a atrasos na busca por atendimento. Isso subestima o fato de que o uso do tabaco é uma dependência crônica que geralmente começa na infância e que, por si só, é frequentemente subdiagnosticada e subtratada. Além disso, novas evidências

científicas mostraram que há muitos fatores genéticos e ambientais associados à redução da função pulmonar, que variam, se acumulam e interagem ao longo do tempo, mesmo antes do nascimento.^{2,7}

A INTERVENÇÃO PRECOCE PODE AJUDAR

A intervenção precoce para a DPOC sintomática pode resultar em melhor qualidade de vida (QV).¹ Um amplo conjunto de pesquisas indica que o diagnóstico precoce acompanhado de intervenção precoce retarda o declínio da função pulmonar, reduz a carga de sintomas e melhora a QV.² Para reduzir o risco de exacerbações causadas por infecções respiratórias, certifique-se de que seus pacientes recebam vacinas (ou seja, influenza, COVID-19, pneumocócica e Tdap [coqueluche]).² Embora ainda não esteja incluído nas diretrizes, as evidências sugerem que o RSV para pacientes de alto risco, como aqueles com DPOC, provavelmente será benéfico. O tratamento da dependência do

Figura 1: Barreiras ao diagnóstico precoce da DPOC e estratégias para superá-las.



tabaco e o apoio às pessoas para que parem de fumar são eficazes para diminuir a taxa de declínio da função pulmonar,⁸ e quanto mais cedo a pessoa parar de fumar, maior será o impacto.⁹ Os fatores que podem promover tentativas bem-sucedidas de parar de fumar incluem fornecer à pessoa um diagnóstico firme¹⁰ e uma análise completa da doença e da idade pulmonar da pessoa.¹¹ Para obter ferramentas sobre o tratamento da dependência do tabaco, consulte o IPCRG Desktop Helper helping people quit tobacco (disponível em: <https://www.ipcr.org/desktophelpers/desktop-helper-no-4-helping-patients-quit-tobacco-3rd-edition>) e <https://www.ipcr.org/themes/tobacco-dependence>. Em populações em que a poluição do ar interno e externo também são fatores de risco primários para a DPOC, é importante estar atento a sintomas sugestivos de DPOC, independentemente do histórico de dependência do tabaco ou do sexo (a apresentação da doença pode ser diferente em mulheres do que em homens; consulte o IPCRG Desktop Helper sobre como melhorar o atendimento a mulheres com DPOC em <https://www.ipcr.org/DTH8>).

A intervenção farmacológica precoce também é muito importante para o controle da DPOC (consulte o IPCRG COPD Wheel em <https://www.ipcr.org/copdwheel> para obter orientação sobre a personalização do atendimento a pessoas com DPOC). Recomenda-se o tratamento com broncodilatadores de ação prolongada para pacientes com falta de ar predominante. 2 Caso esses medicamentos não estejam disponíveis, o antagonista muscarínico de ação curta (SAMA) ou os beta agonistas de ação curta (SABA) podem ser a opção inicial.^{2,12} Em pessoas com função pulmonar relativamente preservada em repouso, a limitação do fluxo aéreo durante o exercício está associada a uma disfunção extensa das pequenas vias aéreas,¹³ o que sugere um possível benefício também para essa população.¹⁴ Nos últimos anos, as recomendações mudaram para o uso de broncodilatação dupla como terapia inicial para pessoas sintomáticas.^{1,15} No entanto, é preciso considerar melhor até que ponto essa abordagem pode ser apropriada para doenças mais leves e iniciais. Para pacientes com exacerbações frequentes, considere os níveis de eosinófilos no sangue - um histórico ou uma exacerbação moderada por ano e eosinófilos no sangue ≥ 100 a < 300 μL favorecem a adição de CI aos broncodilatadores de ação prolongada; um histórico de hospitalizações por exacerbações da DPOC ou ≥ 2 exacerbações moderadas por ano e eosinófilos no sangue ≥ 300 células/ μL favorecem fortemente a adição de CI aos broncodilatadores de ação prolongada.² Em ambas as opções, os corticosteroides inalatórios são considerados apenas como um complemento à terapia de broncodilatação de ação prolongada. Se os pacientes com DPOC tiverem asma concomitante, eles devem ser tratados como pacientes com asma. O diagnóstico precoce apresenta uma oportunidade significativa de minimizar os efeitos cumulativos das

Table 1: Exemplos de ferramentas para identificar pessoas com sintomas sugestivos de DPOC em ambientes de atenção primária que devem ser consideradas para espirometria

Ferramenta	Comentários	Endereço da Web
Teste de saúde pulmonar do Canadá ²⁶	Simple e rápido de administrar; não validado. 5 perguntas	https://www.lungsask.ca/media/16
Rastreador populacional de DPOC (COPD-PS) ²⁷	Reconhecido e validado internacionalmente. Simple e rápido de administrar, 5 perguntas + idade	https://www.copdfoundation.org/Screener.aspx
Avaliação da DPOC na atenção primária para identificar o risco de doença respiratória não diagnosticada (CAPTURE) ²⁸	Validado e inclui a medição do PFE. Boa capacidade discriminatória em ambientes de países de baixa renda. ²⁸ Baixa sensibilidade para detectar DPOC clinicamente significativa em uma população de cuidados primários dos EUA. ²⁹	https://www.researchgate.net/publication/325741206
DPOC em LMICs (COLA) ³⁰	Validado e com boa capacidade discriminatória em ambientes de países de baixa e média renda; ²⁸ pode ser usado juntamente com o PEF ³¹	https://www.dovepress.com/a-novel-case-finding-instrument-for-chronic-obstructive-pulmonary-dise-peer-reviewed-fulltext-article-COPD

LMIC, países de baixa e média renda; PEF, pico de fluxo expiratório.

exacerbações, que incluem (mas não se limitam a) perda da função pulmonar, exacerbações recorrentes, diminuição da qualidade de vida, complicações CV e efeitos do uso de esteroides sistêmicos.

O gerenciamento da DPOC é multifacetado e exige uma estreita colaboração e comunicação entre a pessoa com DPOC, sua família/cuidadores e seus profissionais de saúde (HCPs). Além de proporcionar um diagnóstico precoce, a melhoria dos resultados exige que as pessoas com DPOC e seus familiares/cuidadores entendam sua condição e possam participar de decisões compartilhadas sobre as metas de tratamento. A discussão de cinco perguntas básicas sobre a DPOC ajudará nesse processo: Como é chamada? Por que eu a tenho? O que acontecerá em seguida? O que podemos fazer a respeito? Como minhas escolhas afetam meu futuro? (consulte a Roda de DPOC do IPCRG em <https://www.ipcr.org/copdwheel>). Incentive o autogerenciamento apoiado, fornecendo aos pacientes e seus familiares/cuidadores educação adequada e a chance de discutir as medidas práticas que eles podem tomar para controlar a doença, incluindo o controle da falta de ar e a redução do comportamento sedentário.¹⁶ Consulte o IPCRG Desktop Helper sobre a integração de uma abordagem de apoio e paliativa desde o diagnóstico até o fim da vida para pessoas com DPOC (disponível em: <https://www.ipcr.org/DTH3>) e a IPCRG COPD Magazine (disponível em: <https://www.ipcr.org/resources/search-resources/copd-magazine-breathe-well-move-more-live-better-pdf-edition> e <https://www.ipcr.org/DTH10>) para obter mais orientações.

QUAIS SÃO AS BARREIRAS PARA FAZER O DIAGNÓSTICO MAIS CEDO?

As evidências que apoiam os benefícios do diagnóstico e da intervenção precoces para pessoas com DPOC estão bem estabelecidas.¹⁷ No entanto, há muitas

barreiras para se obter um diagnóstico precoce (Figura 1). Ao reconhecer essas barreiras, podemos dar os primeiros passos para superá-las.

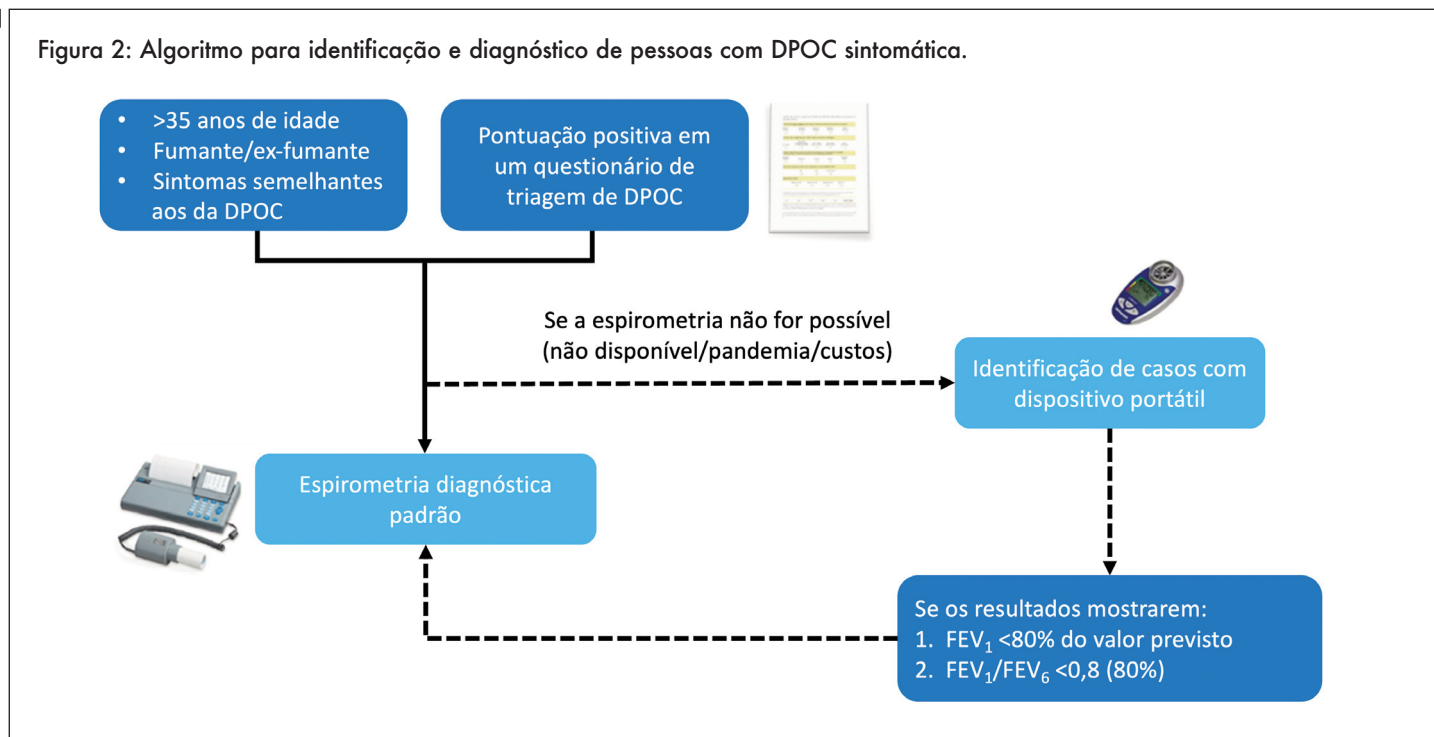
COMO PODEMOS OBTER UM DIAGNÓSTICO PRECOZE?

Há várias estratégias que podem ser usadas para incentivar o diagnóstico precoce. As pesquisas mais recentes afirmam que se deve enfatizar a necessidade de que os históricos clínicos de pacientes com suspeita de DPOC investiguem os eventos do início da vida e que a espirometria deve ser usada muito mais amplamente como um marcador de saúde global. A promoção de uma melhor compreensão e conscientização entre os profissionais de saúde e as pessoas da comunidade sobre uma doença cada vez mais importante é a pedra angular para efetuar uma mudança global de atitude.

A espirometria é obrigatória para o diagnóstico da DPOC (consulte o Guia rápido do IPCRG para espirometria em: <https://www.ipcr.org/DTH14>).² No entanto, identificar as pessoas para as quais a espirometria deve ser realizada é um desafio. As pessoas podem não relatar os sintomas da DPOC, podem não percebê-los como um problema e/ou podem se sentir constrangidas em relatá-los, dado o estigma frequentemente associado à dependência do tabaco.^{18,19} Fique atento à DPOC em pessoas que apresentam sintomas respiratórios sugestivos, especialmente aquelas com histórico de tabagismo passado ou atual, bem como aquelas com exposição à poluição do ar em ambientes internos (cozimento/aquecimento com combustíveis sólidos) e externos, incluindo exposição ocupacional.

Foram desenvolvidas ferramentas clínicas centradas em perguntas-chave para pessoas com sintomas sugestivos de DPOC (Tabela 1). Estudos recentes sugerem que essas ferramentas são usadas de forma mais adequada em combinação com medidas objetivas de obstrução do fluxo de ar (PFE ou espirometria).²⁰⁻²² Um resultado negativo

Figura 2: Algoritmo para identificação e diagnóstico de pessoas com DPOC sintomática.



torna o diagnóstico de DPOC menos provável.

Usado em conjunto com uma revisão completa do histórico médico para verificar evidências consistentes com exacerbações anteriores de DPOC (que às vezes podem ser facilmente ignoradas),²³ pode ajudar a determinar se a espirometria diagnóstica é indicada. Em um ambiente populacional, a distribuição de questionários pela mídia (tradicional e social) pode incentivar as pessoas a se examinarem em busca de sintomas. Se necessário, as pessoas podem visitar seu HCP principal para uma avaliação mais aprofundada.

O IPCRG recomenda que todas as pessoas com idade ≥ 35 anos e histórico de dependência de tabaco sejam avaliadas quanto ao risco de desenvolver DPOC (Figura 2). O uso de microespirômetros quando a espirometria diagnóstica não está disponível demonstrou ser útil para descartar a DPOC em pessoas com alta suspeita de DPOC por critérios de busca de casos,²⁴ mas não é diagnóstico por si só. Um microespirômetro é um dispositivo portátil e barato (menos de 100 euros) que usa a relação FEV_1/FEV_6 para identificar indivíduos com função pulmonar reduzida para avaliação adicional de DPOC; um valor $< 0,8$ garante o encaminhamento para espirometria diagnóstica.²⁵ O teste é rápido e não requer broncodilatação.

Tenha em mente a possibilidade de casos perdidos de DPOC ao avaliar pessoas mais jovens. A evidência de obstrução nesses indivíduos pode ser devida a exposições significativas na infância (por exemplo, combustíveis de biomassa) ou pode indicar a presença de deficiência de $\alpha 1$ -antitripsina (AATD).² A consideração da DPOC pode levar a um diagnóstico para esses indivíduos, dados os benefícios potencialmente significativos de intervenções mais precoces, identificação de membros da família em risco, aconselhamento genético e consideração de farmacoterapia mais precoce. Sinalize pessoas com sintomas sugestivos de DPOC e risco relacionado à exposição de desenvolver DPOC, mas sem evidência de obstrução do fluxo de ar, para monitoramento e acompanhamento futuros.

RESUMO

O diagnóstico precoce de pessoas com DPOC permite iniciar mais cedo intervenções eficazes e o gerenciamento da doença para minimizar a

abordagem de descoberta para pessoas com risco de exposição (fumaça de tabaco, poluição do ar em ambientes internos e externos) e sintomas de DPOC e oferecer espirometria diagnóstica (consulte o guia rápido do IPCRG Desktop Helper para espirometria; disponível em <https://www.ipcr.org/DTH14>), quando disponível. O diagnóstico precoce permitirá o início mais cedo das intervenções para ajudar a evitar exacerbações, preservar a função pulmonar, melhorar a qualidade de vida e reduzir a mortalidade.

Referências

1. Miravittles M, et al. *Thorax* 2009;64:863-8.
2. Estratégia Global para o Diagnóstico, Gerenciamento e Prevenção da DPOC, Iniciativa Global para Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (GOLD) 2023. Disponível em <http://www.goldcopd.org>.
3. Lamprecht B, et al. *Chest* 2015;148:971-85.
4. Colak Y, et al. *Lancet Respir Med* 2017;5:426-34
5. Koch M, et al. *BMC Public Health* 2019;19:1727.
6. Alhabeeb FF, et al. *Respir Med* 2022;200:106917.
7. Vila M, et al. *Med Clin (Barc)* 2022;159:33-9.
8. Scanlon PD, et al. *Am J Respir Crit Care Med* 2000;161(2Pt1):381-90.
9. Bednarek M, et al. *Thorax* 2006;61:869.
10. Parkes G, et al. *Br Med J* 2008;336:598-600.
11. van Schayck OCP, et al. *npj Prim Care Respir Med* 2017;27:38.
12. Johansson G, et al. *Prim Care Respir J* 2008;17:169-75.
13. Ofir D, et al. *Am J Respir Crit Care Med* 2008;177:622-9.
14. Lacasse Y, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;CD003793.
15. Soler-Cataluna JJ, et al. *Thorax* 2005;60:925-31.
16. Tashkin DP, et al. *N Engl J Med* 2008;359:1543-54.
17. Kaplan A. *Can Fam Physician* 2009;55:58-9.
18. Habraken JM, et al. *Br J Gen Pract* 2008;58:844-9.
19. Chapman KR, et al. *Chest* 2001;119:1691-5.
20. Martins S, et al. *Eur Respir J* 2021;58:PA3639.
21. Pan Z, et al. *BMJ Open* 2021;11:e051811.
22. Siddharthan T, et al. *JAMA* 2022;327:151-60.
23. Lee TA, et al. *Chest* 2006;129:1509-15.
24. Yarnall KS, et al. *Prev Chron Dis* 2009;6:A59.
25. Pinto L, Banka R. *Eur Respir J* 2017;50:PA397.
26. O'Donnell D, et al. *Can Respir J* 2008;15(Suppl A):1A-8A.
27. Gu Y, et al. *Ann Med* 2021;53:1198--206.
28. Martínez FJ, et al. *Am J Respir Crit Care Med* 2017;195:748-56.
29. Martínez FJ, et al. *JAMA* 2022;329:490-501.
30. Siddharthan T, et al. *JAMA* 2022;327:151-60.
31. Siddharthan T, et al. *Int J Chron Obstruct Pulm Dis* 2020;15:2769-77.

Autores: Alan Kaplan, Miguel Roman Rodriguez, Siân Williams

Revisores: Ioanna Tsiligianni, Sundeep Salvi

Editor: Patima Tanapat (Integrity Continuing Education, Inc) e Tracey Lonergan (IPCRG)

Apoio administrativo adicional foi fornecido por Stefani Chiarolanza e Samuel Ciociola (Integrity Continuing Education Inc.) e Russell Emery (IPCRG).

Este auxiliar de desktop é consultivo; destina-se ao uso geral e não deve ser considerado aplicável a um caso específico.



Licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-Compartilhamento-Igual

© IPCRG é uma instituição de caridade registrada (SC No 035056) e uma empresa limitada por garantia (Company No 256268). Endereço para comunicação: 19 Armour Mews, Larbert, FK5 4FF, Escócia, Reino Unido

Os IPCRG Desktop Helpers são folhas de informações fáceis de usar desenvolvidas pelo IPCRG, trabalhando com médicos, pacientes e educadores clínicos:

- Fornecem orientação prática e suporte para médicos que trabalham na atenção primária sobre diferentes aspectos do diagnóstico e do gerenciamento de doenças respiratórias
- São todos baseados em evidências e fornecem links para outros recursos.



www.ipcr.org/desktophelpers

The collage features several Desktop Helper guides:

- English:**
 - "COPD and Mental Health: Holistic and Practical Guidance for Primary Care" (March 2022)
 - "Improving care for women with COPD: guidance for primary care" (January 2018)
 - "Remote respiratory consultations" (January 2021)
 - "Predicting diagnosis in primary care patient suspected of obstructive..." (May 2016)
 - "Un Guia de Referência: O que é essencial saber sobre a reabilitação pulmonar para melhorar a saúde da farm e a fazer mais!" (July 2017)
- Portuguese:**
 - "Guia Prático No.9, Maio 2018 Cuidados personalizados: Adultos com asma"
 - "Como personalizar a consulta da pessoa com asma durável?"
 - "Por que são importantes os cuidados personalizados nos portadores de asma?"
 - "USO RACIONAL DE LA MEDICACIÓN INHALADA EN PACIENTES EPOC CON COMORBIDAD MULTIPLE: GUÍA PARA ATENCIÓN PRIMARIA"
 - "Como tá hoje?"
 - "Múltiplos..."
 - "Telefone triagem?"
 - "Group consultations"
- Spanish:**
 - "MANEJO DEL PACIENTE EPOC CON COMORBIDAD"
 - "MANEJO DEL PACIENTE EPOC CON COMORBIDAD"
 - "COMORBIDADES DE INTERÉS ESPECIAL"