

A abordagem do "quebra-cabeça" para a construção de um quadro diagnóstico da asma na atenção primária ao longo do tempo

Não existe um único teste diagnóstico objetivo para a asma. Em vez disso, sugerimos uma abordagem de coletar e unir peças de informações clínicas para criar um quadro diagnóstico, como se fosse um quebra-cabeça. Essas peças devem incluir sintomas e a demonstração de variabilidade de resposta das vias aéreas e/ou da capacidade de resposta ao broncodilatador ao longo do tempo, para apoiar um diagnóstico clínico. Esse processo se torna mais fácil com a experiência, pois os padrões se tornam mais reconhecíveis. Para os médicos menos experientes no diagnóstico da asma, esta ferramenta demonstra como construir o quadro com o paciente ao longo do tempo, idealmente envolvendo várias consultas agendadas.

INTRODUÇÃO

A asma é uma síndrome clínica que consiste em sintomas de chiado/respiração ruidosa, aperto no peito e dispnéia, às vezes com tosse, que variam em intensidade e ao longo do tempo (fig. 1).¹ A asma é uma das doenças crônicas mais comuns observadas na atenção primária e a doença crônica mais comum em crianças. A prevalência relatada de asma varia entre os países, indo de 1% a até 18% da população.² É essencial obter o diagnóstico correto para garantir que os pacientes recebam o atendimento adequado, incluindo tratamento farmacológico com medicamentos inalatórios e intervenções não farmacológicas [Asthma Right Care]. A combinação da falta de um único teste diagnóstico com a natureza heterogênea e variável dos sintomas ao longo do tempo representa um desafio diagnóstico. Um desafio específico é que os testes de função pulmonar, como o pico de fluxo ou VEF1/CVF e o teste de capacidade de resposta a broncodilatadores (reversibilidade), são frequentemente normais quando o paciente é assintomático e, portanto, melhor realizados quando o paciente está sintomático. Um desafio adicional é que alguns dos sinais e sintomas clínicos experimentados por pessoas que estão sendo investigadas para uma possível asma podem se sobrepor a outras doenças e distúrbios respiratórios, ou podem não se encaixar no diagnóstico de asma (fig. 2). Entretanto, ao contrário desses, os sintomas da asma costumam variar com o tempo, muitas vezes diariamente ou de acordo com o local. Por essas razões, a montagem de um quadro diagnóstico de asma requer a coleta de evidências de apoio para construir um quadro ao longo do tempo, como um quebra-cabeça. As peças são montadas a partir dos sintomas, do histórico, do exame e das investigações, sendo que as peças-chave são os exames que identificam a variabilidade das vias aéreas e a responsividade ao broncodilatador frente a limitação do fluxo aéreo expiratório (disfunção das vias aéreas) (fig. 3).^{1,2,4,5} Diagnósticos alternativos devem ser considerados se a peça ou peças-chave não se encaixarem. O diagnóstico de asma requer a compreensão (1) da apresentação,

incluindo o(s) motivo(s) da visita do paciente à atenção primária; (2) dos sintomas, incluindo uma avaliação do histórico de sintomas respiratórios, dos fatores desencadeantes identificados e de outros fatores de risco tratáveis; e do exame físico, incluindo, pelo menos, nariz, garganta, pele, pulmão, coração, frequência respiratória, frequência e ritmo de pulso e oximetria de pulso (quando disponível); (3) da história, incluindo história pessoal, ocupacional e familiar e (4) dos resultados dos testes objetivos. A abordagem do quebra-cabeça combina esses elementos ao longo do tempo e prioriza os elementos que apoiam o diagnóstico de asma e identifica as peças que não se encaixam, exigindo que o médico reflita novamente. Nenhum quebra-cabeça estará 100% completo, mas a imagem deve ser clara o suficiente para permitir um diagnóstico (fig. 4).

CONSTRUIR UMA IMAGEM AO LONGO DO TEMPO PARA OBTENÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE UMA DOENÇA VARIÁVEL

O que deve ser feito

Construir o quadro perguntando ao paciente o(s) motivo(s) de sua visita à atenção primária e avaliando os sintomas respiratórios atuais e históricos. Se o paciente não for sintomático, considere o monitoramento serial do pico de fluxo (PEF) ao longo do tempo (por exemplo, 2 semanas). Se o paciente for sintomático, a administração de 2 a 4 inalações de SABA (de preferência por meio de um espaçador), precedida (e seguida) por leituras de pico de fluxo (se possível), deve induzir uma rápida

Figura 1: Sintomas frequentes da asma - chiado, tosse, aperto no peito, falta de ar

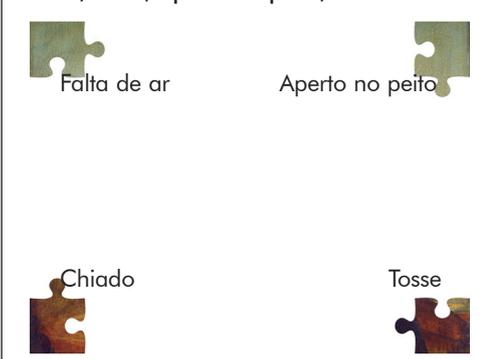


Figura 2: Peças que não se encaixam no diagnóstico de asma

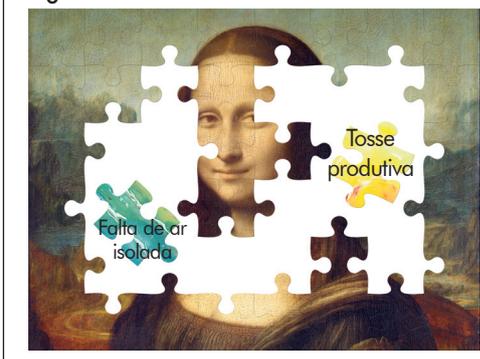


Figura 3: Os testes disponíveis de disfunção das vias aéreas confirmam nosso raciocínio

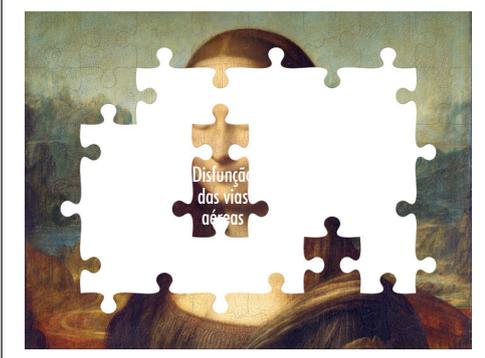
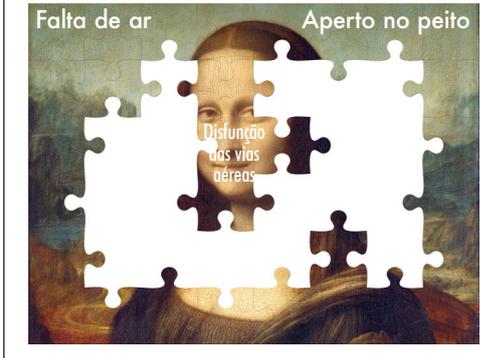


Figura 4: Uma imagem clara



Caixa: Construindo o quadro: Apresentação, sintomas, histórico e testes objetivos para apoiar ou refutar o diagnóstico de asma

| | |
|--|--|
| <p>Apresentação (fig 1)</p> | <p>Identifique o motivo ou os motivos pelos quais a pessoa veio falar com você. <i>O que posso fazer por você hoje?</i></p> <p>Solicitações de acompanhamento: Você tem esses sintomas todos os dias? Eles são piores à noite? Durante o exercício? Quando foi a primeira vez que você se lembra [de sentir falta de ar]? Seus sintomas desaparecem por períodos de tempo?</p> |
| <p>Sintomas e exame físico</p> <p>Peças que não se encaixam (fig. 2)</p> | <p>Pergunte de forma mais ampla sobre a variedade de sintomas respiratórios que a pessoa pode estar apresentando, especialmente aqueles típicos da asma que ela pode não ter mencionado, como falta de ar, aperto no peito, chiado ou respiração ruidosa, tosse, sintomas nasais. <i>Você tem algum outro sintoma? Você tosse mesmo quando está se sentindo bem? Você tem sintomas à noite? Há momentos em que você não tem sintomas?</i></p> <p>Solicitações de acompanhamento: <i>Você notou alguma coisa que desencadeia seus sintomas ou os piora (exemplos podem incluir: infecções virais, exercícios, exposição a alérgenos, mudanças no clima/estação do ano, risadas, irritantes, cheiros fortes)? Seus sintomas são piores ou melhores nos dias em que você está no trabalho ou fazendo determinadas atividades? Você está exposto à fumaça (de tabaco)? Você já foi tratado no hospital ou em outro lugar por falta de ar grave e aguda? Você já recebeu algum medicamento inalatório para a falta de ar?</i></p> <p>Faça um exame físico que inclua, pelo menos, nariz, garganta, pele, pulmão, coração, IMC, frequência respiratória, frequência e ritmo de pulso e oximetria de pulso, quando disponível</p> <p>Os sintomas que sugerem um diagnóstico alternativo podem incluir tosse isolada, especialmente em conjunto com hemoptise, produção crônica de escarro, dor torácica, falta de ar associada a tontura, vertigem ou formigamento periférico, febre, anorexia e perda de peso. Esses sintomas sugerem a consideração de diagnósticos alternativos. Considere TB, câncer de pulmão, respiração disfuncional (com função normal das vias aéreas), bronquiectasia, doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) etc.</p> |
| <p>Histórico</p> | <p>Pergunte sobre seu histórico pessoal e condições de vida <i>Com que frequência você já teve isso antes? Seus sintomas são piores em determinadas épocas do ano? Você tem febre do feno? Você tem eczema agora ou quando era criança? O que você faz no trabalho? Quais são seus passatempos? Você espirra e fica com o nariz escorrendo quando é exposto a poeira, fumaça, ar frio ou poluição? Você teve infecções respiratórias repetidas (resfriados ou infecções no peito) quando era mais jovem? Você ou alguém em sua casa ou trabalho fuma? Você tem fogo aberto para cozinhar ou se aquecer em casa? Há mofo em sua casa?</i></p> <p>Sugestões de acompanhamento: <i>Alguém mais em sua família tem problemas semelhantes? Pode me falar sobre seus empregos atuais e passados? Há alguma instalação industrial poluente perto de onde você mora? O que você faz quando não está trabalhando?</i></p> <p>O histórico que sugere um diagnóstico alternativo pode incluir histórico familiar e/ou outras doenças respiratórias crônicas, como fibrose cística, tuberculose, fibrose pulmonar, insuficiência cardíaca</p> |
| <p>Testes objetivos (fig. 3)</p> | <p>Testes objetivos sugeridos que apoiam o diagnóstico</p> <p>Testes de resposta broncodilatadora das vias aéreas:²</p> <ul style="list-style-type: none"> Realize um teste de pico de fluxo, administre 200-400 mcg de salbutamol/albuterol inalado ou uma preparação de CI/formoterol contendo pelo menos 4,5 mcg de formoterol; repita o teste de pico de fluxo após 10-15 minutos (depois de ter atendido o próximo paciente). Uma alteração de $\geq 20\%$ é consistente com asma^{2,3} Meça o PFE antes, durante e depois de 2 a 4 semanas de tratamento anti-inflamatório (com um inalador de CI ou com um inalador de CI/formoterol)¹; se houver uma resposta positiva, mas o pico de fluxo não tiver sido monitorado, considere a possibilidade de suspender o tratamento anti-inflamatório (se não houver recaída, a asma é improvável; se houver recaída, reinicie o tratamento) <p>Testes para limitação variável do fluxo de ar expiratório:^{2,6}</p> <ul style="list-style-type: none"> Monitoramento serial do pico de fluxo por 2 a 4 semanas, duas vezes ao dia, incluindo finais de semana e feriados, se possível, especialmente se houver suspeita de fatores ocupacionais^a Microspirometria Espirometria com reversibilidade^b (padrão ouro; pode exigir encaminhamento a um especialista ou serviço de diagnóstico hospitalar) <p>Outros exames que podem contribuir:</p> <ul style="list-style-type: none"> Testes de sensibilização alérgica (testes cutâneos de puntura e/ou IgE específica). Não há nenhuma função para o teste de IgE total. Testes de biomarcadores de inflamação subjacente: <ul style="list-style-type: none"> Eosinófilos no sangue Óxido nítrico exalado fracionado (FeNO) pode ser útil para descartar a asma e monitorar a inflamação das vias aéreas e orientar a tomada de decisões sobre o tratamento Testes de broncoprovocação (podem ser feitos na atenção secundária): manitol, metacolina, histamina, exercício e frio <p>Testes objetivos que sugerem um diagnóstico alternativo incluem ausência de responsividade ao broncodilatador/limitação variável do fluxo de ar expiratório em testes objetivos</p> |

^aEvidência clara e repetida de variabilidade de 20% da PEFr coletada por meio de um diário de PEFr; ^bCrítérios de reversibilidade: melhora de 12% no VEF1 e 200 ml ou na CVF 350 ml pós-broncodilação

melhora nos sintomas e uma melhora na leitura do pico de fluxo. A demonstração objetiva da resposta ao broncodilatador da obstrução das vias aéreas por meio da espirometria é a abordagem padrão ouro para o diagnóstico de asma, mas depende do fato de o paciente estar instável ou sintomático quando o teste é realizado e da disponibilidade. Em alguns ambientes, um dispositivo de teste próximo ao paciente, como um microespirômetro eletrônico, também pode ser usado.

Próximas etapas (fig 4)

Se o quadro estiver claro, registre os critérios para fazer o diagnóstico e a data no registro de saúde e inicie o tratamento baseado em diretrizes, incluindo um inalador anti-inflamatório². Se a pessoa continuar a ter sintomas ou não estiver melhorando, faça uma revisão estruturada (consulte DTH²) para permitir que ela (re)obtenha e mantenha o controle. Isso pode exigir uma revisão do diagnóstico.

Referências

- Porsbjerg C, et al. Lancet 2023; doi: 10.1016/S0140-6736(22)02125-0.
- GINA. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Updated 2023. Available at: <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2023/05/GINA-2023-Full-Report-2023-WMS.pdf> Accessed June 2023.
- <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02770903.2023.2209172?src=&journalCode=ijas20>.
- Louis R, et al. ERJ 2022;2101585.
- Ryan D, et al. Allergy 2022;77:2618-33.
- Stanojevic S, et al. Eur Respir J 2022;60:2101499.