

Alcançar o diagnóstico precoce de DPOC

Este guia prático analisa a evidência dos benefícios da deteção e diagnóstico precoces da DPOC e fornece aos profissionais de saúde ferramentas que podem utilizar para alcançar este objetivo junto dos doentes ao seu cuidado.

PORQUE É QUE O DIAGNÓSTICO PRECOCE É IMPORTANTE?

O subdiagnóstico da DPOC é um problema persistente em todo o mundo e continua a ser uma das principais razões para o subtratamento da doença, apesar da disponibilidade de intervenções não farmacológicas e farmacológicas eficazes.² Estima-se que a prevalência global da DPOC seja de 10,3%.² As taxas de subdiagnóstico nos países de baixo e médio rendimento podem ser particularmente elevadas, com algumas estimativas a sugerirem taxas de subdiagnóstico superiores a 90%.³

A DPOC sintomática e não diagnosticada está associada a um risco acrescido de agudizações, pneumonia, um impacto negativo acentuado na qualidade de vida (QdV) e até morte prematura.^{1,4-6} O diagnóstico da DPOC geralmente ocorre somente após uma perda de função pulmonar significativa. Quando as pessoas procuram ajuda para os seus sintomas, o seu FEV₁ muitas vezes desceu para ~50% do

previsto, um nível a partir do qual o estado de saúde é substancialmente reduzido. Além disso, outras consequências da DPOC, como a falta de ar, a depressão e a ansiedade, fazem com que as pessoas sejam frequentemente 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 a vários níveis (pessoal, profissionais de saúde e sistema) que impedem a comunicação, o reconhecimento ou a identificação de sintomas sugestivos de DPOC, ou a disponibilidade de espirometria, essencial para diagnosticar a DPOC (ver o guia rápido do IPCRG sobre espirometria em: <https://www.ipcrg.org/DTH14>).² Alguns profissionais e o público têm considerado a DPOC como uma doença autoinfligida se a pessoa tiver fumado, o que tem levado ao estigma, à auto-culpa e a atrasos na procura de cuidados. Isto não tem em conta o facto de o consumo de tabaco ser uma dependência crónica que começa frequentemente na infância e que, por sua vez, é frequentemente subdiagnosticada e

subtratada. Além disso, novas provas científicas demonstraram que existem muitos fatores genéticos e ambientais associados a uma função pulmonar reduzida, que variam, acumulam-se e interagem ao longo do tempo, mesmo antes do nascimento.^{2,7}

UMA INTERVENÇÃO PRECOCE PODE AJUDAR?

Uma intervenção precoce para a DPOC sintomática pode resultar numa melhor qualidade de vida (QdV).¹ Um vasto conjunto de estudos indica que um diagnóstico precoce acompanhado de uma intervenção precoce atrasa o declínio da função pulmonar, reduz a carga de sintomas e melhora a QdV.² Para reduzir o risco de agudizações causadas por infeções respiratórias, certifique-se de que os seus doentes são vacinados (ou seja, contra a gripe, COVID-19, pneumococos e Tdap [tosse convulsa]).² Embora ainda não tenha sido incluída nas recomendações clínicas, a evidência sugere que a vacina contra o VSR para os doentes de alto risco, como os que

Figura 1: Barreiras ao diagnóstico precoce da DPOC e estratégias para as ultrapassar.

Barreiras

Estratégias acionáveis



Comportamentos e crenças dos doentes

- Não reconhecimento da DPOC devido à sua progressão lenta e implacável
- Tendência para atribuir a falta de ar ao envelhecimento e à diminuição da atividade, assumindo que a tosse é normal (ou seja, "tosse de fumador")
- Tendência para não se queixar da doença (ou seja, "o silêncio das pessoas com DPOC")
- Sublinhar os sintomas, o que pode fazer com que os profissionais de saúde tenham menos probabilidades de considerar a DPOC numa fase inicial e de serem menos agressivos no tratamento
- Relutância dos fumadores em comunicar a falta de ar por receio de serem estigmatizados por fumarem

- Educação dos doentes
- Educação e envolvimento da família/cuidador
- Deteção proactiva de casos de pessoas com sintomas sugestivos de DPOC



Comportamentos e crenças do médico

- Não considerar as infeções brônquicas repetidas como um sinal precoce de DPOC
- Não considerar a DPOC em não fumadores
- Concentrar-se apenas nas comorbilidades (os doentes com DPOC têm frequentemente múltiplas comorbilidades que podem ser mais prementes e mais fáceis de diagnosticar)
- Não considerar a DPOC nas mulheres devido a preconceitos de género (assumindo a asma nas mulheres)
- Não investigar a DPOC mais cedo porque a cessação tabágica é a principal intervenção para todos os fumadores, independentemente do estado da DPOC
- Frequentemente, não são oferecidos/disponibilizados serviços e apoio para a dependência do tabaco

- Educação dos profissionais de saúde
- Maior vigilância dos sintomas sugestivos de DPOC (especialmente em doentes mais velhos em risco)



Questões relacionadas com a espirometria

- Desempenho inconsistente da espirometria e falta de formação em espirometria nos cuidados de saúde primários
- A controvérsia sobre a espirometria nos cuidados de saúde primários para deteção precoce desencoraja alguns profissionais de saúde
- Falta de financiamento/reembolso para a espirometria nos cuidados de saúde primários
- Falta de disponibilidade de espirometrias
- Atrasos na receção dos relatórios de espirometria quando efetuados fora do consultório

- Profissionais de saúde com interesse especial
- Micro espirometros para excluir a DPOC
- Formação em espirometria
- Estratégias de financiamento a nível local



Restrições logísticas

- As pressões de tempo no contexto dos cuidados de saúde primários afetam negativamente a capacidade dos prestadores de gerir os doentes de forma proactiva
- As epidemias respiratórias (por exemplo, a COVID-19) criam obstáculos significativos à avaliação dos doentes e atrasam ou interrompem os serviços de diagnóstico

- Desenvolvimento de recomendações clínicas locais claras sobre como proceder em consultórios ocupados com pessoas em caso de epidemias respiratórias

◀ sofrem de DPOC, será provavelmente benéfica. O tratamento da dependência do tabaco e o apoio às pessoas para deixarem de fumar são eficazes para abrandar a taxa de declínio da função pulmonar,⁸ e quanto mais cedo uma pessoa deixar de fumar, maior será o impacto.⁹ Os fatores que podem promover tentativas bem sucedidas de desabitação tabágica incluem fornecer à pessoa um diagnóstico definitivo¹⁰ e uma análise minuciosa da doença e da idade pulmonar da pessoa.¹¹ Para obter ferramentas sobre o tratamento da dependência do tabaco, consultar o Guia Prático do IPCRG que ajuda as pessoas a deixar de fumar (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>.

Nas populações em que a poluição do ar interior e exterior são também fatores de risco primários para a DPOC, é importante estar atento aos sintomas sugestivos de DPOC, independentemente da história de dependência do tabaco ou do sexo (a apresentação da doença pode ser diferente nas mulheres e nos homens; ver o Guia Prático do IPCRG sobre a melhoria dos cuidados prestados às mulheres com DPOC em <https://www.ipcr.org/DTH8>).

A intervenção farmacológica precoce é igualmente muito importante para a gestão da DPOC (ver a roda COPD Right Care em <https://www.ipcr.org/copdwheel> para orientações sobre a personalização dos cuidados para as pessoas com DPOC). Recomenda-se o tratamento com broncodilatadores de ação prolongada para os doentes com falta de ar predominante.² Caso estes não estejam disponíveis, os antagonistas muscarínicos de ação curta (SAMA) ou os agonistas beta de ação curta (SABA) poderão ser a escolha inicial.^{2,12} Nas pessoas com uma função pulmonar relativamente preservada em repouso, a limitação do fluxo de ar durante o exercício está associada a uma disfunção extensa das pequenas vias aéreas,¹³ o que sugere um possível benefício também para esta população.¹⁴ Ao longo dos últimos anos, as recomendações têm-se orientado para a utilização da broncodilatação dupla como terapêutica inicial para as pessoas sintomáticas.^{1,15} No entanto, é necessário analisar melhor até que ponto esta abordagem pode ser adequada para a doença mais ligeira e precoce. Para os doentes com agudizações frequentes, considerar os níveis de eosinófilos no sangue – uma história de ou 1 agudização moderada por ano e eosinófilos no sangue ≥ 100 a < 300 μL favorece a adição de corticosteróides inalados (CI) aos broncodilatadores de longa duração; uma história de hospitalizações por agudização de DPOC ou ≥ 2 agudizações moderadas por ano e eosinófilos no sangue ≥ 300 células/ μL favorece fortemente a adição de CI aos broncodilatadores de longa duração.² Em ambas as opções, os CI são considerados apenas como um complemento à terapêutica broncodilatadora de ação prolongada. Se os doentes com DPOC tiverem asma concomitante, devem ser tratados como doentes com asma. O diagnóstico precoce constitui uma oportunidade significativa para minimizar os efeitos cumulativos das agudizações, que incluem (mas não se

Quadro 1: Exemplos de instrumentos para identificar pessoas com sintomas sugestivos de DPOC em contextos de cuidados de saúde primários que devem ser consideradas para a realização de espirometria

Ferramenta	Comentários	Endereço do sítio Web
Canada Lung Health Test ²⁶	Simple e rápido de administrar; não validado. 5 perguntas	https://www.lungsask.ca/media/16
Rastreio populacional da DPOC (COPD-PS) ²⁷	Reconhecido e validado internacionalmente. Simple e rápido de administrar, 5 perguntas + idade	https://www.copdfoundation.org/Screeners.aspx
Avaliação da DPOC nos cuidados primários para identificar o risco de doenças respiratórias não diagnosticadas (CAPTURE) ²⁸	Validado e inclui a medição do PFE. Boa capacidade discriminatória em contextos de PBMR. ²⁸ Baixa sensibilidade para detetar DPOC clinicamente significativa numa população de cuidados primários nos EUA. ²⁹	https://www.researchgate.net/figure/The-CaPTUre-COPD-assessment-in-primary-care-to-identify-undiagnosed-respiratory-disease_fig1_325741206
DPOC em países de baixo e médio rendimento (COLA) ³⁰	Validado e com boa capacidade discriminatória em contextos de PBMR; ²⁸ pode ser utilizado juntamente com o PEF ³¹	https://www.dovepress.com/a-novel-case-finding-instrument-for-chronic-obstructive-pulmonary-dise-peer-reviewed-fulltext-article-COPD
PBMR, países de baixo e médio rendimento; PEF, pico de fluxo expiratório.		

limitam a) perda da função pulmonar, agudizações recorrentes, diminuição da qualidade de vida, complicações CV e efeitos da utilização de esteróides sistémicos.

A gestão da DPOC é multifacetada e exige uma estreita colaboração e comunicação entre a pessoa com DPOC, a sua família/cuidadores e os seus prestadores de cuidados de saúde (PCS). Para além de um diagnóstico precoce, a melhoria dos resultados exige que as pessoas com DPOC e as suas famílias/cuidadores compreendam a sua doença e sejam capazes de participar em decisões partilhadas sobre os objetivos do tratamento. A discussão de cinco questões básicas sobre a DPOC irá ajudar neste processo: Como é que se chama? Porque é que a tenho? O que é que vai acontecer a seguir? O que é que podemos fazer? Como é que as minhas escolhas afetam o meu futuro? (ver a roda da DPOC do IPCRG em <https://www.ipcr.org/copdwheel>). Incentive a autogestão apoiada, fornecendo aos seus doentes e às suas famílias/cuidadores uma educação adequada e a oportunidade de discutir as medidas práticas que podem escolher para gerir a sua doença, incluindo a gestão da falta de ar e a redução do comportamento sedentário.¹⁶ Ver o guia prático de IPCRG sobre a integração de uma abordagem de apoio e paliativa desde o diagnóstico até ao fim da vida para as 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 mais orientações.

QUAIS SÃO AS BARREIRAS QUE IMPEDEM A REALIZAÇÃO DE UM DIAGNÓSTICO PRECOZE?

A evidência que sustenta os benefícios de um diagnóstico e intervenção precoces para as pessoas com DPOC está bem estabelecida.¹⁷

No entanto, existem muitas barreiras à realização de um diagnóstico precoce (Figura 1). Se reconhecermos estas barreiras, podemos dar os primeiros passos para os ultrapassar.

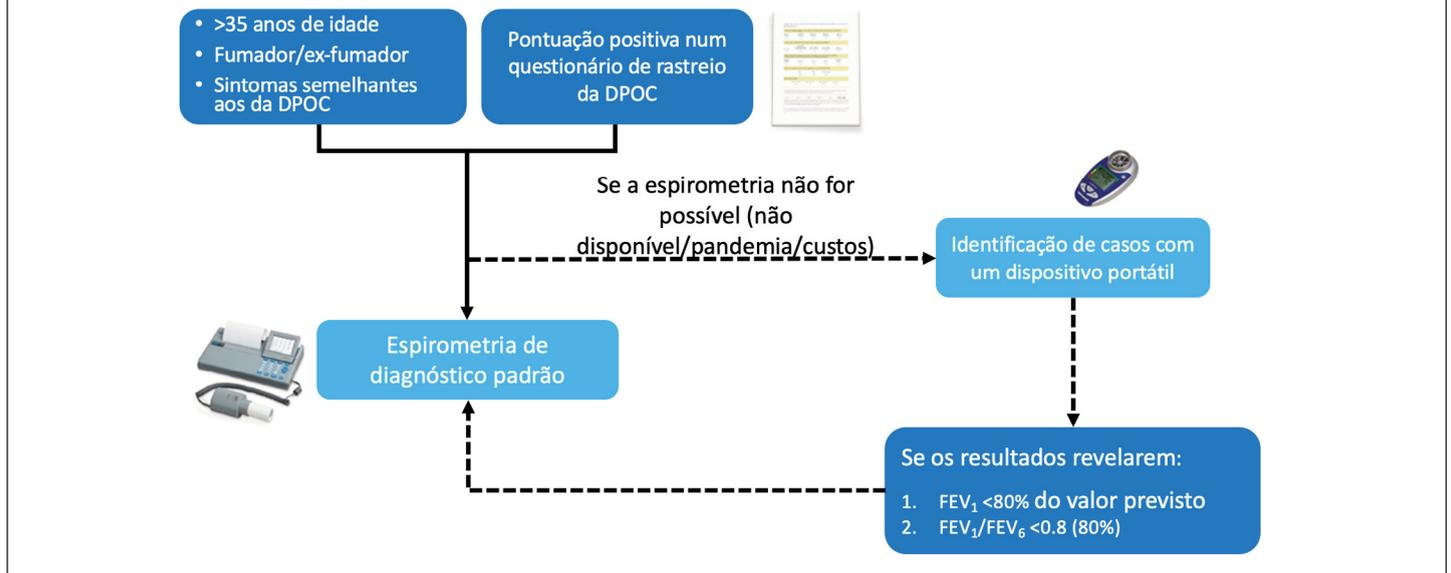
COMO É QUE SE CONSEGUE UM DIAGNÓSTICO PRECOZE?

Há uma série de estratégias que podem ser utilizadas para incentivar um diagnóstico mais precoce. A investigação mais recente diz que deve ser dada ênfase à necessidade de as histórias clínicas dos doentes com suspeita de DPOC investigarem os acontecimentos precoces da vida e que a espirometria deve ser utilizada muito mais amplamente como um marcador de saúde global. A promoção de uma melhor compreensão e sensibilização entre os profissionais de saúde e as pessoas da comunidade para 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 (ver o guia rápido do IPCRG sobre espirometria em: <https://www.ipcr.org/DTH14>).² No entanto, é difícil identificar as pessoas que devem efetuar a espirometria. As pessoas podem não comunicar os sintomas de DPOC, podem não os ver como um problema e/ou podem sentir-se embaraçadas ao comunicá-los, dado o estigma frequentemente associado à dependência do tabaco.^{18,19} Esteja atento à DPOC em pessoas que apresentem sintomas respiratórios sugestivos, especialmente as que tenham antecedentes de tabagismo no passado ou no presente, bem como as que estejam expostas à poluição do ar interior (cozinhar/aquecer com combustíveis sólidos) e exterior, incluindo a exposição profissional.

Foram desenvolvidas ferramentas clínicas centradas em questões-chave para pessoas com sintomas sugestivos de DPOC (Quadro 1). Estudos recentes sugerem que estas ferramentas são utilizadas de forma mais adequada em combinação com medidas objetivas de obstrução ao fluxo de ar (PFE ou ▶

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



espirometria).²⁰⁻²² Um resultado negativo torna menos provável o diagnóstico de DPOC.

Utilizados em combinação com uma análise minuciosa da história clínica para detetar evidências consistentes com agudizações anteriores da DPOC (que por vezes podem ser facilmente ignoradas),²³ podem ajudar a determinar se a espirometria de diagnóstico está indicada. Num contexto populacional, a distribuição de questionários através dos media (tanto tradicionais como sociais) pode incentivar as pessoas a verificarem se têm sintomas. Se tal se justificar, as pessoas podem então visitar o seu profissional de saúde principal para uma avaliação mais aprofundada.

O IPCRG recomenda que todas as pessoas com idade ≥ 35 anos e com uma história de dependência do tabaco sejam avaliadas quanto ao risco de desenvolverem DPOC (Figura 2). A utilização de micro espirómetros quando a espirometria de diagnóstico não está disponível demonstrou ser útil para excluir a DPOC em pessoas com elevada suspeita de DPOC por critérios de deteção de casos²⁴, mas não é um diagnóstico por si só. Um micro espirómetro é um dispositivo portátil e barato (menos de 100 euros) que utiliza o rácio FEV_1/FEV_6 para identificar indivíduos com função pulmonar reduzida para uma avaliação mais aprofundada da DPOC; um valor $< 0,8$ justifica o encaminhamento para uma espirometria de diagnóstico.²⁵ O teste é rápido e não requer broncodilatação. Ter em atenção a possibilidade de omissão de casos de DPOC quando se avaliam pessoas mais

jóvens. A evidência de obstrução nestes indivíduos pode dever-se 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 estes indivíduos, dados os benefícios potencialmente significativos de intervenções mais precoces, identificação de familiares em risco, aconselhamento genético e consideração de uma farmacoterapia mais precoce. Sinalizar as pessoas com sintomas sugestivos de DPOC e risco de desenvolver DPOC relacionado com a exposição, mas sem evidência de obstrução ao fluxo de ar, para monitorização e acompanhamento futuros.

RESUMO

O diagnóstico precoce de pessoas com DPOC permite iniciar mais cedo intervenções eficazes e a gestão da doença para minimizar a abordagem de descoberta para pessoas com um risco de exposição (fumo do tabaco, poluição do ar interior e exterior) e sintomas de DPOC e oferecer espirometria de diagnóstico (ver o guia rápido do IPCRG para espirometria; disponível em <https://www.ipcrg.org/DTH14>), quando disponível. O diagnóstico precoce permitirá iniciar mais cedo as intervenções para ajudar a prevenir as agudizações, preservar a função pulmonar, melhorar a qualidade de vida e diminuir a mortalidade.

Referências

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

