



AN **IPCRG** INITIATIVE

CARTÕES DE PERGUNTAS E DESAFIOS

International Primary Care

IPCRG

Est. 2001

Respiratory Group

work locally
collaborate globally



INTRODUÇÃO

O International Primary Care Respiratory Group está a liderar um movimento social para despoletar o desejo de mudança na gestão da doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), orientado pela pergunta *“Como são os cuidados de qualidade para a DPOC?”*

A DPOC é uma doença crónica que afeta milhões de pessoas em todo o mundo, mas que não é amplamente reconhecida pelos doentes e pelos médicos. O tabagismo e a poluição atmosférica são as causas mais comuns. As pessoas com DPOC têm também um maior risco de desenvolver outros problemas de saúde. A DPOC é diagnosticada por espirometria, com a razão FEV_1/FVC inferior a 70% após broncodilatação.¹ A gravidade da doença baseia-se nos sintomas e no número de exacerbações registadas no ano anterior.

Uma vez diagnosticada, a DPOC requer uma auto-gestão contínua e acompanhada. No entanto, muitas pessoas com DPOC podem não ter conhecimentos sobre a sua doença, técnica inalatória correta e estratégias para gerir os seus sintomas, tais como falta de ar, tosse, por vezes com expetoração, pieira e fadiga.

A prevenção e os tratamentos mais importantes para a DPOC são a cessação tabágica, evicção da poluição do ar, a atividade física e a pedra angular da farmacoterapia - a broncodilatação.

1. FEV_1 : o volume expirado no primeiro segundo de uma manobra expiratória forçada. FVC: volume total de ar que pode ser expirado, de forma forçada, após uma inalação máxima.

INTRODUÇÃO

O IPCRG identificou várias lacunas na compreensão e nos cuidados prestados às pessoas com DPOC e produziu duas ferramentas para ajudar a colmatar essas lacunas. A primeira é a Roda da DPOC, que se centra na forma de explicar a DPOC aos doentes e num resumo das atuais orientações para a gestão da doença, e a segunda são estes Cartões de Perguntas e Desafios.

Estes cartões podem ser utilizados para iniciar conversas sobre a DPOC. Alguns contêm informação e outros apresentam questões provocadoras para aumentar a consciência para as lacunas de conhecimento e compreensão da DPOC nestas áreas:

- Desbloqueadores de conversa sobre DPOC
- A importância da broncodilatação no tratamento da DPOC
- A importância da técnica inalatória correta e da adesão ao tratamento
- Quem beneficia dos corticosteróides inalados (ICS)
- Diagnóstico diferencial de asma e DPOC

Esta é uma edição piloto para ser testada (maio de 2024). Criado e desenhado pelo IPCRG. Uma bolsa educativa da Boehringer Ingelheim permitiu ao IPCRG desenvolver e testar esta ferramenta. Para fornecer feedback, visite tinyurl.com/copdcardsfeedbackpt

CARTÕES DE PERGUNTAS E DESAFIOS

Estes cartões são uma forma de desencadear conversas e de partilhar as suas ideias com os outros. Convidámo-lo a utilizá-los para iniciar um debate!

INSTRUÇÕES

1. Dividir-se em pares ou pequenos grupos
2. Escolher um cartão do baralho
3. Ler a pergunta ou comentário
4. Dedique alguns minutos a debater a pergunta ou o comentário do cartão e anote os principais pontos da discussão
5. Compare os seus pontos de discussão com a resposta dada (se aplicável) e reflita
6. Escolha outro cartão e siga os passos 3 a 5 acima
7. Transmita os seus pontos de discussão a toda a equipa/grupo
8. Poderá ser útil consultar também a Roda da DPOC

Nota: *alguns destes cartões poderão levá-lo a discutir afirmações controversas ou provocadoras. Não subscrevemos estas afirmações, mas é possível que se depare com opiniões como estas e, por isso, vale a pena refletir sobre elas.*



AN **IPCRG** INITIATIVE

CARTÕES DE PERGUNTAS E DESAFIOS

Desbloqueadores de conversa sobre DPOC



Consultar a roda da DPOC
www.ipcrg.org/copdwheel



**work locally
collaborate globally**

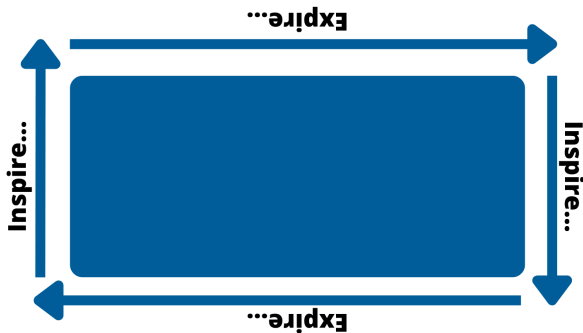


Como é que uma pessoa com DPOC pode controlar a sua respiração se estiver a sentir-se mal ou com falta de ar?

Que outros conselhos poderia dar?

- A respiração num retângulo pode ser feita em qualquer lugar para ajudar alguém com DPOC a relaxar a respiração ou o humor:¹
- Visualize ou olhe para um retângulo
- Seguindo o lado curto, inspire pelo nariz
- Expire pela boca enquanto segue o lado mais comprido
- Isto expulsa o ar velho e proporciona uma distração
- Os tempos específicos não são importantes, desde que se expire durante mais tempo do que se inspire

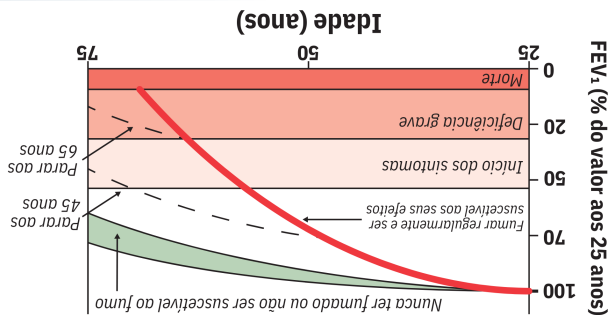
Adaptado de <https://dukinkfieldmedicalpractice.co.uk/wp-content/uploads/2020/06/Post-COVID-19-information-pack-5.pdf> (acedido a 27/04/2022)



1. IPCRG. COPD Magazine. Disponível em: <https://www.icprg.org/copdmagazine>. Acedido em maio de 2024.

Como é que pode utilizar este gráfico na sua comunicação? Experimente estas frases:

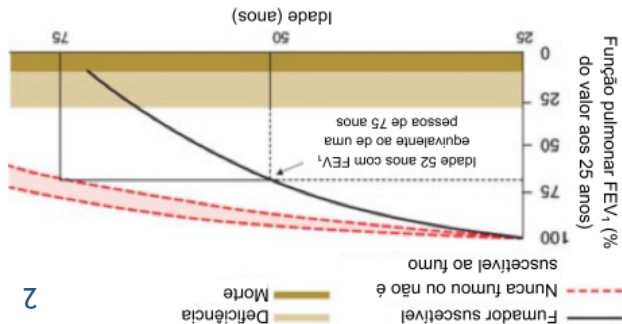
- Os pulmões de toda a gente ficam mais fracos/ envelhecemos.
- O que é que já ouviu falar sobre o tabagismo e a DPOC? Os danos causados aos seus pulmões não podem ser revertidos, mas deixar de fumar pode abrandar o declínio. Melhorará a qualidade e prolongará a duração da sua vida, pelo que quanto mais cedo deixar de fumar, melhor.
- Se lhe for diagnosticada DPOC, continuar a fumar faz com que os seus pulmões piorem mais rapidamente.
- Este gráfico sugere que pode obter muitos benefícios para os pulmões se deixar de fumar agora. Notará que a sua respiração melhora e os seus pulmões não serão expostos ao alcatrão, ao monóxido de carbono e a outras toxinas do tabaco.^{1,2}



1. Fletcher C, Peto R. Brit Med J 1977; 1: 1645-1648.

2. IPCRG. Tobacco dependence. Disponível em: www.ipcr.org/themes/tobacco-dependence. Acedido em maio de 2024.

Experimente estas afirmações de ajuda, apoiadas por este gráfico:



- Qual foi o período mais longo durante o qual deixou de fumar? Que benefícios notou? Consegue lembrar-se porque é que voltou a fumar? [Elogie todos os esforços.] Aconselhe: Sabia que a melhor forma de deixar de fumar é uma combinação de apoio e tratamento?
- Nunca é demasiado tarde para deixar de fumar. O que é que já tentou no passado para reduzir os seus sintomas como a falta de ar, a fadiga ou a tosse? Numa escala de 1 a 10, até que ponto diria que está motivado neste momento para deixar de fumar? Qual é o seu grau de confiança?
- Nunca deve desistir de não fumar. Se já conseguiu antes deixar de fumar, pode ter a certeza de que fez a coisa certa.^{1,2}

1. IPCRG. Tobacco dependence. Disponível em: www.ipcr.org/themes/tobacco-dependence. Acedido em maio de 2024.

2. Reproduzido de Parkes G et al. BMJ. 2008;336:598-600 (figura 2) com autorização do BMJ Publishing Group Ltd.

Fumar é uma opção de estilo de vida: concorda?

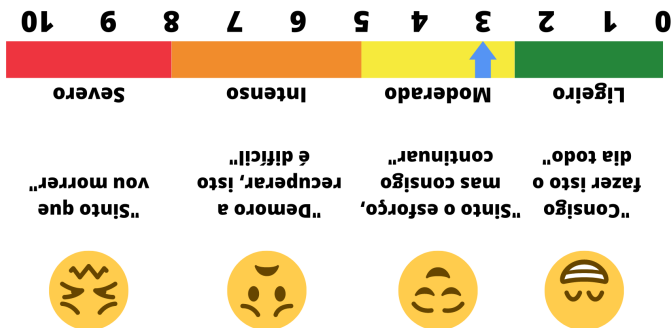
Esta afirmação está incorreta. A dependência do tabaco é uma condição de longa duração e recidivante que começa frequentemente na infância, e a cessação tabágica é a intervenção mais importante na DPOC. O tabagismo está classificado na CID-11 da OMS como Perturbações devidas à utilização de nicotina e, por conseguinte, inclui-se na classificação de utilização de substâncias ou comportamentos aditivos.¹ Encontre recursos para ajudar as pessoas a deixar de fumar aqui: www.ipcr.org/themes/tobacco-dependence²

1. World Health Organization. International Classification of Diseases. Disponível em: icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#268445189. Acedido em junho de 2024.

2. IPCRG. Tobacco dependence. Disponível em: www.ipcr.org/themes/tobacco-dependence. Acedido em maio de 2024.

Qual é o nível seguro e adequado de falta de ar para uma pessoa com DPOC quando está fisicamente ativa?

Ao fazer atividade física, uma pessoa com DPOC deve ter como objetivo o nível mais ligeiro de falta de ar moderada (3 na Escala de Borg). Neste nível, a pessoa deve ser capaz de dizer uma frase como "Comi comida na torrada ao pequeno-almoço", mas a um ritmo mais lento do que o habitual. Este nível melhora a respiração e desenvolve os músculos, evitando o desconforto.^{1,2}



1. Hareendran A et al. Int J Chron Obstruct Pulm Dis 2012; 7: 345-355.

2. ICPRG. COPD Magazine. Disponível em: <https://www.icprg.org/copdmagazine>. Acedido em maio de 2024.

Quais são as reações emocionais e comportamentais à falta de ar e como é que estas podem afetar o sintoma da falta de ar?

As reações emocionais e comportamentais à falta de ar podem causar ciclos viciosos. A ansiedade causada pela falta de ar pode piorar a respiração. A falta de ar pode provocar uma diminuição da atividade física que, em última análise, contribui para agravar a falta de ar.¹



1. Spathis A et al. NPJ Prim Care Respir Med 2017; 27(1): 27. Ver <https://www.btf.phpc.cam.ac.uk/>



Que exames podem ser realizados para diagnosticar uma pessoa com DPOC?

Se estiver a tratar alguém como que para DPOC mas que não tenha sido diagnosticado com espirometria, faça já uma espirometria a essa pessoa.¹

A espirometria mede o fluxo de ar inspirado e expirado. As principais medidas são o volume de ar que uma pessoa consegue expirar e a velocidade (fluxo) a que o faz. É obrigatória para diagnosticar e monitorizar a DPOC e a sua progressão.

1. IPCR. Desktop helper n.º 14. Disponível em: <https://www.ipcr.org/dth14>. Acedido em maio de 2024.

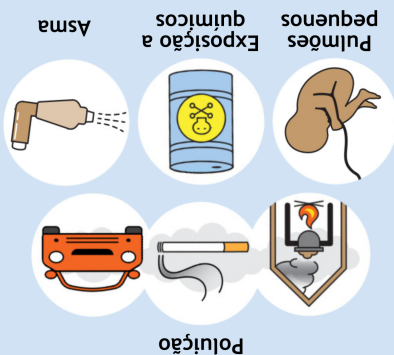
Como explicar a DPOC a alguém que acabou de ser diagnosticado?

De que outra forma se pode explicar a DPOC?

- Tente usar as explicações abaixo:¹
- D** **Doença:** Uma condição médica
 - P** **Pulmonar:** Afeta os pulmões
 - O** **Obstrutiva:** as vias respiratórias estão estreitas, é mais difícil expirar rapidamente e o ar fica preso no peito
 - C** **Crônica:** um problema de saúde a longo prazo que não desaparece

Como é que se explica a alguém porque é que tem DPOC?

O tabagismo é responsável por mais de 70% dos casos de DPOC nos países de rendimento elevado. Nos países de baixo e médio rendimento (LMIC), o tabagismo é responsável por 30-40% dos casos de DPOC e a poluição doméstica é um fator de risco importante.² Que outros fatores poderiam contribuir para o desenvolvimento da sua DPOC?



Considere estes aspetos.¹ Que fatores são mais relevantes para o seu doente?

1. IPCRG. COPD Wheel. Disponível em: www.ipcrg.org/copdwheel. Acedido em maio de 2024.
2. WHO. Fact sheet: COPD. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)). Acedido em maio de 2024.

Uma pessoa que nunca fumou cigarros pode desenvolver DPOC?

Sim: a exposição crónica ao fumo da combustão de madeira, ao fumo ocupacional, a produtos químicos ou à poluição, juntamente com asma prolongada não controlada e fatores genéticos, podem conduzir à DPOC.

Que opções de tratamento tem uma pessoa com DPOC?

As pessoas com DPOC beneficiam de vacinas e de intervenções não farmacológicas e farmacológicas para as ajudar a gerir a sua doença e os seus sintomas.¹ Discuta tudo isto com os doentes e encaminhe-os conforme necessário.²

Atividade física e reabilitação respiratória



Utilizar o inalador



Tomar outros medicamentos prescritos



Tomar as vacinas recomendadas



Dieta saudável e apoio nutricional



Reduzir a exposição a fatores de risco



1. IPCRG. COPD Wheel. Disponível em: www.ipcrg.org/copdwheel.
Acedido em maio de 2024.

2. IPCRG. Desktop Helper N°. 3. Disponível em: <https://www.ipcrg.org/dth3>. Acedido em maio de 2024.

Sabia que a GOLD recomenda atualmente 6 vacinas para proteger as pessoas com DPOC? Consegue nomeá-las e dizer contra que agentes elas conferem proteção?

1. Influenza
2. SARS-CoV-2 (COVID-19)
3. Pneumocócica (pneumonia adquirida na comunidade)
4. Vírus sincicial respiratório (VSR)
5. Tdap (pertussis/tosse convulsa) se não tiver sido vacinado na adolescência
6. Herpes zoster (Zona)¹

1. GOLD. Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD. Disponível em: <https://goldcopd.org/>. Acedido em maio de 2024.

Como é que comunicaria estas consequências a alguém com DPOC?

1



Oxigénio



Redução da
qualidade de vida



Cirurgia pulmonar

Como se explica a necessidade de ser fisicamente ativo a alguém que tem muita falta de ar?

Experimente isto: Os seus pulmões e os músculos respiratórios são como qualquer outro músculo do seu corpo - tal como faz exercício para fortalecer os seus braços ou pernas, a atividade física fortalece os músculos envolvidos na respiração. Ao fazer exercício regularmente, está a exercitar os pulmões e o sistema respiratório, tornando-os mais fortes e eficientes. Músculos fracos utilizam mais oxigénio do que músculos fortes para fazer o mesmo trabalho. A reabilitação respiratória e o exercício físico melhoram a forma como os músculos trabalham, utilizando o oxigénio de forma mais eficaz.¹

1. IPCRG. How We Breathe. Disponível em: <https://www.ipcr.org/howwebreathe>. Acedido em maio de 2024.

Quais são as comorbilidades mais comuns das pessoas com DPOC no seu contexto? Liste o maior número possível.

Visite [ipcr.org/dth10](https://www.ipcr.org/dth10) (Desktop Helper e estudos de caso associados) para saber mais sobre a utilização racional de medicamentos.¹



As comorbilidades mais comuns são:
Dependência do tabaco, doenças cardiovasculares, fraqueza muscular, osteoporose, ansiedade, depressão, cancro do pulmão, síndrome metabólica, diabetes, refluxo gastroesofágico, bronquiectasias, apneia obstrutiva do sono
Como é que estes podem afetar as suas decisões de tratamento?

1. IPCRG. Desktop helper n.º 10. Disponível em: <https://www.ipcr.org/dth10>. Acedido em maio de 2024.

Como é que explica ao seu doente o que é uma exacerbação e como a reconhecer?

Ver www.beflareaware.com

“Uma exacerbação é um agravamento súbito dos seus sintomas. Pode durar dias ou mesmo semanas. Poderá sentir mais falta de ar, mais tosse ou mais expectoração/escarro do que o habitual, ou poderá sentir-se mais cansado ou ter dificuldade em dormir, e/ou sentir-se confuso. Outro seu convivente pode aperceber-se disto antes de si, por isso certifique-se de que esta(s) pessoa(s) sabe(m) que deve(m) estar atenta(s) a estes sinais. Para evitar ter de ir ao hospital, entre em contacto conosco. Pode precisar de tratamento com antibióticos e/ou corticosteróides orais.”^{1,2}

Experimente isto:

- 1.GOLD. Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD. Disponível em: <https://goldcopd.org/>. Acedido em maio de 2024.
- 2.Celli BR et al. Am J Respir Crit Care Med. 2021; 204(11): 1251-1258.

Quais são os principais fatores de risco que podem levar à DPOC?

A DPOC resulta de interações entre fatores genéticos e ambientais que ocorrem ao longo da vida de um indivíduo. As principais exposições ambientais que contribuem para a DPOC são o consumo de tabaco e a inalação de partículas e gases tóxicos provenientes da poluição do ar doméstico e exterior. Outros fatores ambientais e do hospedeiro, incluindo o desenvolvimento anormal dos pulmões e o envelhecimento acelerado dos mesmos, também podem contribuir.

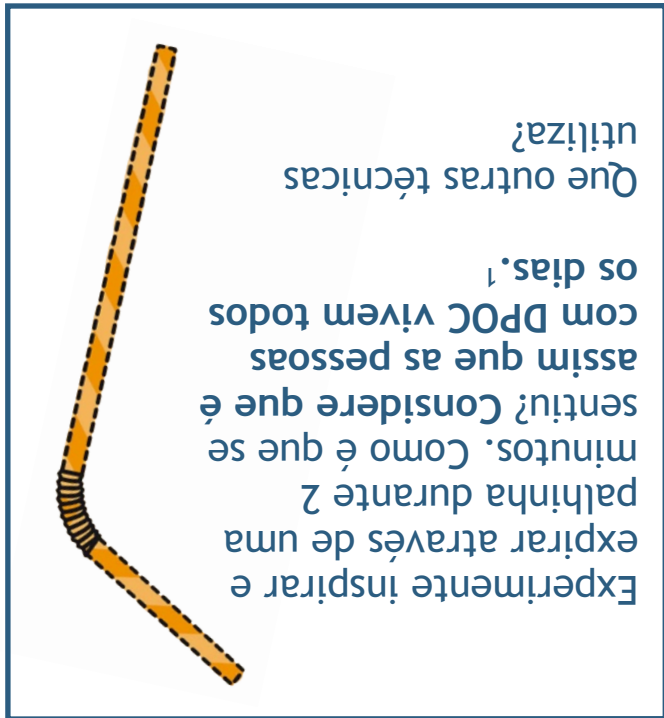
Os fatores de risco genéticos mais relevantes (embora raros) são as mutações no gene SERPINA1 que conduzem à deficiência de α -1 antitripsina. Informe a sua população e os seus doentes sobre estes factores de risco e tome medidas!

1. GOLD. Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD. Disponível em: <https://goldcopd.org/>. Acedido em maio de 2024.

Considerando o longo prazo, o que é que os doentes querem que o seu médico lhes pergunte?

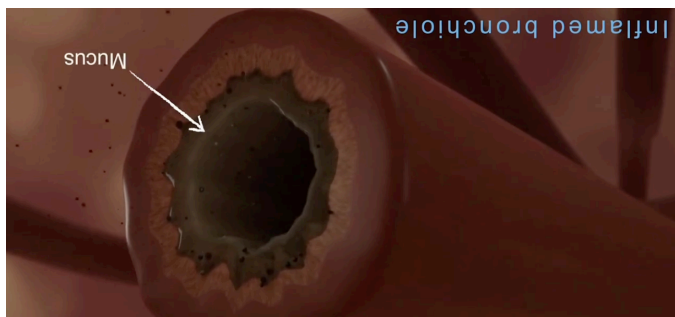
- 1 Precisa das minhas informações de base: quem eu sou, o meu estado funcional e os meus objetivos. Caso contrário, muitas das nossas conversas demoram demasiado tempo ou não fazem sentido.
- 2 Pergunte: "Como é para si um dia de atividade normal? De que é que teve de abdicar ou o que teve de modificar nos últimos anos? O que é que não quer? Por exemplo, nunca quero ir para um lar de idosos".
- 3 Pergunte "Quais são os seus pensamentos acerca da sua vida ao longo do próximo ano ou no caso de a sua DPOC agravar?" durante as visitas presenciais, onde o médico pode ler a linguagem corporal e dar mais apoio.
- 4 Pergunte "O que é que o(a) senhor(a) e a sua família querem que saibamos e que coloquemos no seu registo clínico sobre os seus objetivos e planos para o futuro?"
- 5 Muitos de nós não sabemos o que não sabemos, ou o que perguntar. Ajude-nos a sabermos, ou o que perguntar. Ajude-nos a partilhando informações, uma ligação de um site Web ou alguém com quem falar.
- 6 Se perguntar, então OUCÁ as nossas respostas.!

Como é que se ensina os colegas clínicos a saberem o que se sente com a DPOC?



1. European COPD Coalition. Advocacy Toolkit. https://www.ipcr.org/sites/ipcr.org/files/content/attachments/2020-02-10/ECC_Advocacy_Toolbox.pdf Acedido em maio de 2024.

Como é que a DPOC afeta os pulmões?



Ver www.ipcrg.org/howwebreathe

A razão mais comum para a obstrução é o edema ou a inflamação no interior das nossas vias respiratórias ou tubos. O revestimento e as paredes dos tubos ficam danificados devido à irritação persistente ou recorrente por irritantes comuns, como o fumo do tabaco ou de cozinhar, ou de alérgenos. Isto leva à inflamação.¹

1. IPCRG. How We Breathe. Disponível em: www.icprg.org/howwebreathe. Acedido em maio de 2024.

Quais são os principais objetivos do tratamento da DPOC?

Os principais objetivos do tratamento da DPOC são a redução dos sintomas e do risco futuro de exacerbações.¹ A estratégia de tratamento da DPOC estável deve basear-se predominantemente na avaliação dos sintomas e na história de exacerbações.

1. GOLD. Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD. Disponível em: <https://goldcopd.org/>. Acedido em maio de 2024.



AN **IPCRG** INITIATIVE

CARTÕES DE PERGUNTAS E DESAFIOS

Importância da broncodilatação no tratamento da DPOC

International Primary Care

IPCRG

Est. 2001

Respiratory Group

work locally
collaborate globally



O que são broncodilatadores?

- Os broncodilatadores são medicamentos que alargam as vias respiratórias, relaxando os músculos dos pulmões e dos brônquios.
- Podem:
1. Relaxar o músculo liso das vias aéreas estimulando os receptores beta₂-adrenérgicos com beta₂-agonistas
 2. Bloquear os efeitos broncoconstritores da acetilcolina nos receptores muscarínicos do músculo liso das vias aéreas com antagonistas muscarínicos (antimuscarínicos)¹

1. GOLD. Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD Disponível em: <https://goldcopd.org/>. Acedido em maio de 2024.

Quais são os benefícios dos broncodilatadores para as pessoas com DPOC?

Quando inalados corretamente...

- Reduzem os sintomas da DPOC, tais como falta de ar
- Melhoram a qualidade de vida
- Melhoram a capacidade de exercício
- **Melhoria do risco:**
- Melhoram a função pulmonar (aumento do FEV₁)
- Reduzem a retenção de ar (hiperinflação) tanto em repouso como durante o exercício
- Melhoram a eficácia da reabilitação respiratória
- Reduzem a taxa de exacerbações e de hospitalizações associadas a estas¹

1. GOLD. Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD. Disponível em: <https://goldcopd.org/>. Acedido em maio de 2024.

O que significam SABA, SAMA, LAMA e LABA?

- SABA: beta₂-agonista de curta duração de ação
 - SAMA: antagonista muscarínico de curta duração de ação
 - LABA: beta₂-agonista de ação prolongada
 - LAMA: antagonista muscarínico de ação prolongada
- Os medicamentos de ação curta têm um efeito de 4-6 horas, enquanto os medicamentos de ação longa duram 12-24 horas.^{1,2}

1. Higgins BG et al. Eur Respir J 1991; 4(4): 415-420.
2. Cazzola M et al. Respir Med 2013; 107(6): 848-853.

Nomeie alguns broncodilatadores de ação curta e longa.

- SABA: salbutamol, terbutalina
- SAMA: ipratrópio
- LABA: formoterol, salmeterol, indacaterol, olodaterol, vilanterol
- LAMA: aclidínio, glicopirrônio, tiotrópio, umeclidínio

Nomeie algumas combinações eficazes de broncodilatadores de ação curta e de ação prolongada.

- vilanterol + umeclidínio
- olodaterol + tiotrópio
- indacaterol + glicopirrônio
- formoterol + glicopirrônio
- formoterol + aclidínio

LABA+LAMA

- salbutamol + ipratrópio

SABA+SAMA

Quando devem ser prescritos broncodilatadores de ação curta e de ação prolongada na DPOC estável?

Os broncodilatadores de ação prolongada são recomendados como tratamento de primeira linha (exceto para as pessoas com falta de ar muito ocasional). Ao iniciar o tratamento com broncodilatadores de ação prolongada, a escolha preferida é uma combinação de um LABA e um LAMA. Nas pessoas com falta de ar persistente com um único broncodilatador de ação prolongada, o tratamento deve ser aumentado para dois.

Os SABA e/ou SAMA devem ser prescritos a todos os doentes com DPOC como medicação de recurso para alívio imediato dos sintomas.¹

1. GOLD. Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD. Disponível em: <https://goldcopd.org/>. Acedido em maio de 2024.

Porque é que os medicamentos para tratar a DPOC são principalmente inalados em vez de tomados por via oral?

Os medicamentos inalados vão diretamente para os pulmões, aumentando a eficácia e a rapidez de início de ação das doses baixas, reduzindo assim os possíveis efeitos secundários.

Em alguns casos, são necessários agentes orais para um efeito sistémico, tais como antibióticos (azitromicina, eritromicina), inibidores da fosfodiesterase-4 (roflumilast), metilxantinas (aminofilina, teoflina, etc.).¹

1. GOLD. Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD. Disponível em: <https://goldcopd.org/>. Acedido em maio de 2024.

LAMA+LABA é o tratamento correto para a maioria das pessoas com DPOC: discutir.

82% das pessoas com DPOC sentem falta de ar e 25% enfrentam exacerbações.^{1,2} Os LABA+LAMA são o tratamento de primeira linha recomendado quando disponível, a preços acessíveis e quando o risco de efeitos secundários é baixo.³

1. Müllerová H et al. PLoS One 2014; 9(1).
2. Kardos P et al. Respir Med 2017; 124: 57-64.
3. GOLD. Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD. Disponível em: <https://goldcopd.org/>. Acedido em maio de 2024.

Qual é habitualmente a
melhor terapêutica
inalada para uma pessoa
sintomática com DPOC
diagnosticada de novo?

LAMA+LABA¹

1. GOLD. Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD. Disponível em: <https://goldcopd.org/>. Acedido em maio de 2024.

Se os sintomas da DPOC persistirem apesar da utilização adequada de broncodilatadores combinados, um corticosteróide inalado (ICS) deve ser adicionado?

Não. Os ICS devem ser adicionados APENAS na presença de exacerbações e contagens elevadas de eosinófilos (≥ 300 células/ μL para a terapêutica inicial, ≥ 100 células/ μL quando já sob LAMA+LABA).^{1,2}

Na ausência destas condições, dê um passo atrás e:

1. Reveja a adesão à terapêutica e a técnica inalatória
2. Considere a possibilidade de mudar o(s) dispositivo(s) inalatório(s) para se adequar melhor à pessoa
3. Revise as intervenções não farmacológicas
4. Avalie se os sintomas poderão ser causados por comorbidades

1. GOLD. Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD. Disponível em: <https://goldcopd.org/>. Acedido em maio de 2024.
2. Quint JK et al. NPJ Prim Care Respir Med 2023; 33: 27.

Como é que os broncodilatadores reduzem a taxa de exacerbações?

Efeitos diretos no fluxo de ar: redução da hiperinsuflação; aumento do diâmetro das vias aéreas; melhoria da mecânica respiratória; aumento do limiar para o desenvolvimento de sintomas.

Mecanismos indiretos: melhoria da eliminação das secreções através de uma melhor latência das vias aéreas; propriedades anti-inflamatórias (redução da produção de expetoração e da libertação de citocinas).¹

1. Wedzicha JA et al. Eur Respir J 2012; 40: 1545-1554.



AN IPCRG INITIATIVE

CARTÕES DE PERGUNTAS E DESAFIOS

Importância da técnica
inalatória correta e da
adesão ao tratamento



Ver [www.ipcrg.org/resources/
inhaler-resources](http://www.ipcrg.org/resources/inhaler-resources)

International Primary Care

IPCRG

Est. 2001

Respiratory Group

work locally
collaborate globally



Quais são as considerações mais importantes a ter em conta ao escolher um inalador?

A educação e o treino da técnica inalatória são vitais quando o tratamento é feito por via inalada. A escolha do inalador deve ser adaptada individualmente às capacidades e preferências do doente, dependendo da acessibilidade, do custo e do prescritor. O melhor dispositivo é aquele que o doente pode e vai utilizar. A técnica inalatória correta deve ser ensinada, demonstrada e verificada em cada consulta. A técnica inalatória e a adesão à terapêutica devem ser verificadas antes de se concluir que a terapêutica atual é insuficiente.¹

1. GOLD. Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD. Disponível em: <https://goldcopd.org/>. Acedido em maio de 2024.

Porque é que a boa técnica inalatória é importante?

Uma vez que a maioria dos medicamentos utilizados no tratamento da DPOC são inalados, uma boa técnica inalatória otimiza a relação benefício/risco da terapêutica.¹

Uma má técnica pode impedir que a dose correta chegue ao trato respiratório inferior. Isto pode levar a uma pior qualidade de vida, pior prognóstico e maior risco de hospitalização.²

A técnica inalatória e a adesão à terapêutica devem ser avaliadas antes de se concluir que a terapêutica atual é inadequada.³

1. Schreiber J et al. BMC Pulm Med 2020; 20: 222.
2. Kocks J et al. BMC Pulm Med 2023; 23: 302.
3. GOLD. Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD. Disponível em: <https://goldcopd.org/>. Acedido em maio de 2024.

Porque é que a formação/treino do inalador é importante? Com que frequência é que isto deve ser feito?

Muitos doentes não utilizam corretamente os seus inaladores e a má técnica inalatória é uma das razões mais comuns para a má resposta ao tratamento/insucesso do tratamento (juntamente com a adesão).¹ Uma boa técnica inalatória é essencial para permitir que a dose correta da terapêutica inalada chegue ao local certo para garantir o efeito esperado. Os folhetos incluídos nas embalagens dos dispositivos são insuficientes para garantir uma formação adequada sobre o inalador.² A formação presencial/vídeo/web e a abordagem “teach-back” (pedir ao doente para demonstrar) são eficazes, mas tornam-se menos eficazes com o tempo. Em cada consulta, é preciso verificar novamente se o inalador está a ser utilizado corretamente.³

1. GOLD. Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD. Disponível em: <https://goldcopd.org/>. Acedido em maio de 2024.
2. Klemmeier T et al. Eur Respir J 2019; 54: PA1479.
3. Klijn SL et al. NPJ Prim Care Resp Med 2017; 27: 24.

Os seus doentes utilizam os inaladores de forma competente?

Os doentes geralmente sobrestimam a adequação da sua técnica: mais de dois terços cometem pelo menos um erro quando utilizam um inalador.¹ A técnica incorreta só pode ser detetada pedindo ao doente que a demonstre. A observação regular e o treino melhorará a técnica ao longo do tempo.²

1. Press VG et al. J Gen Intern Med 2012; 27(10): 1317-1325.
2. GOLD. Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD. Disponível em: <https://goldcopd.org/>. Acedido em maio de 2024.

Que erros são normalmente cometidos quando se utiliza um inalador?



Ver www.ipcr.org/resources/inhaler-resources para vídeos

Os erros críticos na utilização do inalador podem reduzir significativamente a dose do medicamento que chega aos pulmões, reduzindo a eficácia do tratamento.²

- Preparação da dose
 - Expiração antes da inalação
 - Coordenação
 - Problemas com o fluxo inspiratório
 - Duração da inalação
 - Retenção da respiração
- Os erros variam consoante o inalador, mas os mais comuns são:¹

1. Sulaiman I et al. Am J Respir Crit Care Med 2017; 195(10):1333-1343.
2. Usmani OS et al. Respir Res 2018; 19: 10.

As pessoas com DPOC que não aderem ao tratamento não se preocupam verdadeiramente com a sua saúde: discutir!

Não é verdade! As pessoas não aderem ao tratamento por muitas razões, incluindo:¹

- Custo dos medicamentos
- Dificuldade de acesso à farmácia
- Falta de compreensão da importância do tratamento e da posologia
- Confusão sobre a medicação para sintomas agudos vs. manutenção
- Medo de efeitos secundários
- Demasiados medicamentos
- Depressão

Embora a não adesão seja menos comum do que na asma, os doentes com DPOC têm sintomas que requerem a utilização regular do inalador, pelo que é necessária educação para os ajudar a compreender o modo como os inaladores funcionam e o seu valor na prevenção do agravamento.²

1. American Medical Association. Disponível em: <https://www.ama-assn.org/delivering-care/patient-support-advocacy/8-reasons-patients-dont-take-their-medications>. Acedido em maio de 2024.
2. Let's Talk Respiratory. Disponível em: <https://www.letstalkrespiratory.com/hcp/types-of-non-adherence-in-respiratory-disease/>. Acedido em maio de 2024.

A não adesão à utilização do inalador é sempre intencional: concorda?

A não adesão intencional ocorre quando as pessoas decidem não iniciar ou continuar o tratamento devido a barreiras percebidas (crenças e preferências) que influenciam a sua motivação. Este facto não deve ser ignorado. A adesão não intencional pode ocorrer quando barreiras práticas, como o esquecimento ou a não compreensão das instruções, impedem o indivíduo de aderir ao tratamento.¹

1. Journal of Prescribing Practice. Disponível em: <https://www.prescribingpractice.com/content/clinical-focus/medicines-adherence-in-respiratory-disease/>. Acedido em maio de 2024.

Porque é que uma pessoa com DPOC pode tornar-se não aderente à sua medicação inalada?

- Refletir sobre:
- Equipa de cuidados de saúde e fatores relacionados com o sistema
 - Fatores sociais e económicos
 - Fatores relacionados com a doença
 - Fatores relacionados com a terapêutica
 - Fatores relacionados com o doente^{1,2}

1. Makela MJ et al. Respir Med 2013; 107(10): 1481-1490.
2. Journal of Prescribing Practice. Disponível em: <https://www.prescribingpractice.com/content/clinical-focus/medicines-adherence-in-respiratory-disease/>. Acedido em maio de 2023.

Quais são as consequências da não adesão para as pessoas com DPOC?

A não adesão pode levar a sintomas mal controlados, redução da qualidade de vida, maior taxa de exacerbações graves, hospitalizações, escalada desnecessária da terapêutica e aumento das despesas de saúde.^{1,2}

1. Van Boven JF et al. *Respir Med* 2014; 108(1): 103-113.
2. Bourbeau J et al. *Thorax* 2008; 63: 831-838.

Que fatores devem ser considerados antes de tomar a decisão de alterar (reduzir ou aumentar) a prescrição do(s) inalador(es) para a DPOC?

É importante avaliar a técnica inalatória e a adesão à terapêutica antes de concluir que a terapêutica atual é inadequada ou ineficaz. O diagnóstico, as comorbidades e os fatores desencadeantes também devem ser considerados.¹

1. GOLD. Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD. Disponível em: <https://goldcopd.org/>. Acedido em maio de 2024.

Quando se prescreve um tratamento inalado, a escolha da molécula é mais importante do que a do dispositivo. Concorda?

Lembre-se - o inalador mais eficaz é aquele que o doente pode e vai utilizar.^{1,2}

- Avalia a capacidade da pessoa para utilizar o dispositivo (por exemplo, destreza)?
- Mostra-os aos doentes e pede-lhes a sua opinião quando da decisão de qual o dispositivo a prescrever?
- Tem todos os tipos de dispositivos no seu consultório?

Pergunte a si próprio:

A molécula perfeita não será adequada se implicar que o doente utilize um dispositivo com o qual não se sente confortável. A escolha do inalador deve envolver a pessoa com DPOC, tendo em conta as suas características individuais.

1. Repositório RightBreathe. Disponível em: <https://www.rightbreathe.com/?s=>. Acedido em maio de 2024.
2. The Pharmaceutical Journal. Disponível em: <https://pharmaceutical-journal.com/article/ld/best-practice-principles-for-inhaler-prescribing>. Acedido em maio de 2024.

O que deve ser observado quando se avalia a capacidade de um doente para executar a técnica inalatória correta para o seu dispositivo?

www.ipcr.org/resources/inhaler-resources



- Se estiver a considerar um inalador de pó seco (DPI), verifique se o doente consegue inalar com força e profundamente. Em caso de dúvida, avalie objetivamente ou escolha um dispositivo alternativo.
- Os inaladores pressurizados de dose calibrada (pMDI) e os inaladores de névoa suave (SMI) requerem coordenação entre a ativação do dispositivo e a inalação, e também requerem uma inalação lenta e profunda. Adicione uma câmara expansora ou escolha outro dispositivo.
- Considere um nebulizador para os doentes incapazes de utilizar um pMDI, SMI ou DPI.

1. GOLD. Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD. Disponível em: <https://goldcopd.org/>. Acedido em maio de 2024.

Que fatores devem ser considerados para decidir qual é o dispositivo adequado?

- Tomada de decisões partilhada
- Disponibilidade do medicamento no dispositivo
- Avaliação das crenças dos doentes, preferências e satisfação com os dispositivos atuais e anteriores
- Minimização do número de diferentes tipos de dispositivos - o ideal é utilizar apenas um de dispositivos - o ideal é utilizar apenas um
- Não mudar de dispositivo sem justificação clínica ou um acompanhamento adequado
- Cognição, destreza e força do doente
- Avaliação da capacidade do doente para efetuar a técnica inalatória correta
- Tamanho, portabilidade e custo
- Os inaladores inteligentes podem ser úteis para resolver problemas de adesão ou de técnica
- Só prescreva dispositivos que você e a equipa clínica saibam como utilizar¹

1. GOLD. Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD. Disponível em: <https://goldcopd.org/>. Acedido em maio de 2024.

Liste os passos para uma correta técnica inalatória.



Rever e reforçar esta técnica em cada consulta. Ver recursos do IFCRG para inaladores:

1. Preparação	<ul style="list-style-type: none">• Verificar o contador de doses (se existir)• Agitar o inalador (se aplicável)
2. Ativação	<ul style="list-style-type: none">• Ativar o dispositivo para utilização• Abrir o dispositivo/retirar a tampa
3. Expiração	<ul style="list-style-type: none">• Expirar suavemente para longe do bocal
4. Boca	<ul style="list-style-type: none">• Colocar o bocal na boca, elevar o queixo e fechar os lábios à volta do bocal para conseguir uma selagem apertada
5. Inalação	<ul style="list-style-type: none">• Inspiração lenta e regular (PMDI, SMI)• Inspiração rápida e profunda (DPI)¹
6. Retenção da respiração	<ul style="list-style-type: none">• Retirar o inalador da boca e suster a respiração até 5 segundos
7. Término	<ul style="list-style-type: none">• Fechar o inalador/repôr a tampa• Repetir se necessário

1. pMDI: inalador pressurizado de dose calibrada; SMI: inalador de névoa suave; DPI: inalador de pó seco

Os inaladores de pó seco (DPI) são sempre melhores do que os inaladores pressurizados de dose calibrada (pMDI): concorda?

O melhor inalador é aquele que contém os fármacos/moléculas certos para cada doente com DPOC, que o indivíduo deseja, consegue e utiliza corretamente.

Considera que a maioria dos profissionais de saúde tem bons conhecimentos sobre a utilização correta dos inaladores? Conseguem utilizá-los corretamente?

Muitos profissionais de saúde não demonstram a técnica inalatória correta: "Os profissionais de saúde demonstraram um conhecimento inadequado sobre a utilização correta dos inaladores. A compreensão insuficiente da utilização correta destes dispositivos pode impedir estes profissionais de serem capazes de avaliar e ensinar adequadamente técnicas inalatórias aos seus doentes".¹

No entanto, esta situação pode ser facilmente alterada com formação adequada!

1. Plaza V et al. J Allergy Clin Immunol Pract 2018; 6(3): 987-995.

A utilização de uma câmara expansora com um inalador pressurizado de dose calibrada (pMDI) aumentará a dose administrada do medicamento em comparação com a utilização de um pMDI isolado. Verdadeiro ou falso?

Verdadeiro.
A utilização isolada de um pMDI com a melhor técnica pode fornecer apenas 10-15% da dose emitida para as vias respiratórias. A associação de uma câmara expansora pode aumentar esta percentagem para 20%.¹

1. Vincken W et al. ERJ Open Res 2018; 4(2): 00065-2018.



AN **IPCRG** INITIATIVE

CARTÕES DE PERGUNTAS E DESAFIOS

Quem beneficia de
corticosteróides
inalados (ICS)

International Primary Care

IPCRG

Est. 2001

Respiratory Group

work locally
collaborate globally



Quando é que se deve considerar a prescrição de ICS a uma pessoa com DPOC?

Antes de prescrever ICS, verifique a técnica inalatória, avalie a adesão e tente intervenções não farmacológicas (cessação tabágica, redução da exposição, medidas de proteção, vacinação, auto-gestão)^{1,2}

Terapêutica de seguimento: LAMA+LABA já prescrito, com novas exacerbações, contagem de eosinófilos no sangue ≥ 100 células/ μ L

Terapêutica inicial: ≥ 2 exacerbações moderadas ou ≥ 1 que leve a hospitalização E contagem de eosinófilos no sangue ≥ 300 células/ μ L

1. GOLD. Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD. Disponível em: <https://goldcopd.org/>. Acedido em maio de 2024.
2. Lipson DA et al. N Engl J Med 2018; 378(18): 1671-1680.

Em doses baixas, os ICS são praticamente isentos de riscos: discuta.

Mesmo em doses baixas, a utilização prolongada de ICS está consistentemente associada a efeitos adversos locais e sistêmicos. No entanto, nos doentes corretos (por exemplo, com características de asma), os benefícios superam largamente os riscos.

A utilização de ICS está associada a um risco acrescido de pneumonia, pelo que as indicações de utilização devem estar de acordo com as orientações (ver Roda da DPOC: www.ipcrg.org/copdwheel).¹⁻³

1. GOLD. Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD. Disponível em: <https://goldcopd.org/>. Acedido em maio de 2024.
2. Miravittles M et al. Eur Respir Rev 2021; 30(160): 210075.
3. IPCRG. COPD Wheel. Disponível em: www.ipcrg.org/copdwheel. Acedido em maio de 2024.

Que efeitos secundários estão associados à terapêutica com ICS a longo prazo?

A utilização prolongada de ICS pode estar associada a vários efeitos secundários locais e sistêmicos:

- Candidíase orofaríngea
- Voz rouca
- Pele mais fina e hematomas fáceis
- Cataratas
- Pneumonia
- Aparecimento de novo e progressão da diabetes
- Diminuição da densidade óssea, osteoporose, fraturas
- Infecções por micobactérias não tuberculosas
- Aumento do risco de tuberculose

Nos casos de má técnica inalatória, os efeitos secundários sistêmicos podem ser mais pronunciados, especialmente se o prescritor aumentar a dose quando o controlo dos sintomas é insuficiente.^{1,2}

1. GOLD. Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD. Disponível em: <https://goldcopd.org/>. Acedido em maio de 2024.
2. Miravittles M et al. Eur Respir Rev 2021; 30(160): 210075.

Para alguém recentemente diagnosticado com DPOC e com exacerbações, dois broncodilatadores de ação prolongada devem ser a primeira escolha de tratamento: discuta.

Na maioria dos casos, a broncodilatação adequada combinada com intervenções não farmacológicas pode prevenir futuras exacerbações. No entanto, a terapêutica tripla deve ser considerada se o indivíduo tiver uma contagem de eosinófilos ≥ 300 células/ μ L. Os doentes devem ser revisitos para avaliar a resposta clínica após o início do tratamento.¹

1. GOLD. Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD. Disponível em: <https://goldcopd.org/>. Acedido em maio de 2024.

Quando é que se deve considerar a retirada dos ICS nas pessoas com DPOC?

Considere o historial de exacerbações do indivíduo e a contagem de eosinófilos no sangue. Apenas as pessoas com uma elevada taxa de exacerbações ao longo de um ano e uma contagem de eosinófilos ≥ 300 células/ μL devem continuar o tratamento; os indivíduos que não satisfazem estes critérios devem ser considerados para a retirada dos ICS. A retirada dos ICS pode ser considerada se ocorrer pneumonia ou outros efeitos secundários consideráveis. Se os eosinófilos no sangue forem ≥ 300 células/ μL , é mais provável que a descontinuação dos ICS esteja associada ao desenvolvimento de exacerbações. Considere cuidadosamente a dose de ICS utilizada para reduzir a possibilidade de efeitos secundários relacionados com os ICS observados em doses mais elevadas.¹

1. GOLD. Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD. Disponível em: <https://goldcopd.org/>. Acedido em maio de 2024.

A retirada dos ICS deve ser gradual nos doentes com DPOC em que não estão clinicamente indicados: discuta.

Os ICS podem ser retirados abruptamente na maioria dos casos: "A pesquisa bibliográfica revelou que três estudos interromperam os ICS abruptamente, enquanto um estudo retirou gradualmente. A ausência de diferenças significativas entre os resultados destes estudos sugere que os ICS podem ser retirados abruptamente na maioria dos casos."

Refira algumas comorbilidades que devem ser consideradas com precaução quando se inicia o tratamento com ICS.

Pré-diabetes e diabetes,
osteoporose, bronquiectasias,
pneumonia, infecções,
micobacterianas,
dependência do tabaco.^{1,2}

1. IPCRG Desktop Helper N°. 10. Disponível em: www.ipcrg.org/dth10. Acedido em maio de 2024.
2. Miravittles M et al. Eur Respir Rev 2021; 30(160): 210075

Quando se introduzem os ICS numa pessoa com DPOC, estes devem ser introduzidos como um dispositivo separado do inalador LABA/LAMA: discuta.

O número de diferentes tipos de dispositivos deve ser sempre reduzido ao mínimo.¹

A terapêutica com um único inalador é frequentemente mais cómoda e eficaz, melhorando a adesão.

Há também considerações relacionadas com as aprovações - os ICS isolados não estão aprovados para a DPOC.

1. GOLD. Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD. Disponível em: <https://goldcopd.org/>. Acedido em maio de 2024.



AN **IPCRG** INITIATIVE

CARTÕES DE PERGUNTAS E DESAFIOS

Diagnóstico diferencial de asma e DPOC

International Primary Care

IPCRG

Est. 2001

Respiratory Group

work locally
collaborate globally



Do ponto de vista do tratamento, por que razão é importante diferenciar a DPOC da asma?

Existem riscos associados à prescrição desnecessária de ICS para pessoas com DPOC.^{1,2}

A via mais comum:
DPOC: LAMA + LABA -> +ICS se necessário
Asma: ICS + LABA -> +LAMA, se necessário

As pessoas com DPOC e asma necessitam de diferentes estratégias de tratamento farmacológico.

1. GOLD. Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD. Disponível em: <https://goldcopd.org/>. Acedido em maio de 2024.

2. GINA. Global Initiative for Asthma. Disponível em: <https://ginasthma.org/reports/>. Acedido em maio de 2024.

Qualquer pessoa pode ter asma, mas a DPOC só afeta pessoas de meia-idade: concorda?

A asma pode manifestar-se em qualquer idade após exposição a fatores desencadeantes como os alérgenos, mas a DPOC é uma doença progressiva que se desenvolve habitualmente a partir da meia-idade, após exposição prolongada a fatores de risco como o tabagismo.^{1,2}

Nota: A DPOC pode ser observada em pessoas mais jovens com défice (origem genética) de alta-1 anti-tripsina ou em casos de abuso de substâncias fumadas (heroína, cocaína crack, cannabis geneticamente modificada).³

- 1.GOLD. Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD. Disponível em: <https://goldcopd.org/> Acedido em maio de 2024.
- 2.GINA. Global Initiative for Asthma. Disponível em: <https://ginasthma.org/reports/>. Acedido em maio de 2024.
- 3.Walker PP et al. Chest 2015; 148(5): 1156-1163.

Como é que distinguiria uma pessoa típica com asma de uma pessoa com DPOC?

- **Pessoa típica com asma:**
 - Pode ocorrer em qualquer idade
 - Sintomas muito variáveis
 - Comorbidades: rinite alérgica, dermatite atópica
- **Pessoa típica com DPOC:**
 - Diagnosticada a partir da meia-idade, após longos períodos de exposição a fatores de risco (tabagismo, poluição do ar interior)
 - Sintomas persistentes e progressivos
 - Comorbidades: doenças cardiovasculares e metabólicas¹

1. GOLD. Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD. Disponível em: <https://goldcopd.org/>. Acedido em maio de 2024.

A espirometria é importante para o diagnóstico da DPOC, mas não é necessária para a asma. Discuta.

O diagnóstico de DPOC deve ser considerado em qualquer pessoa com falta de ar, tosse crônica ou produção de expectoração, história de infecções recorrentes do trato respiratório inferior e/ou história de exposição a fatores de risco.

No entanto, para estabelecer o diagnóstico de DPOC, é obrigatório efetuar uma espirometria que mostre um FEV_1/FVC pós-broncodilatador $< 0,7$.¹

O diagnóstico de asma baseia-se na história de sintomas característicos e na evidência de limitação variável do fluxo aéreo expiratório. Isto deve ser documentado através de uma prova de reversibilidade broncodilatadora significativa/positiva (espirometria) ou por uma variabilidade excessiva no PEF, medido duas vezes por dia durante 2 semanas, ou através de outros testes.

Uma espirometria normal não exclui asma se, por exemplo, o doente estiver assintomático na altura do teste.

1. GOLD. Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD. Disponível em: <https://goldcopd.org/>. Acedido em maio de 2024.

Diferenciar a asma da DPOC é irrelevante porque os sintomas são muito semelhantes. Verdadeiro ou falso?

Falso. Embora ambas as doenças tenham sintomas semelhantes, a sua fisiopatologia básica difere significativamente e requerem tratamentos diferentes: o tratamento da asma deve ser anti-inflamatório, enquanto o principal tratamento da DPOC é a broncodilatação.

Ao tratar uma pessoa com DPOC, que aspectos principais da sua história clínica devem ser tidos em conta?

O que mais poderia ser perguntado?

- História de exposição a fatores de risco
- História médica anterior
- História familiar de DPOC ou outras doenças respiratórias crónicas
- Padrão de desenvolvimento dos sintomas
- História de exacerbações ou hospitalizações anteriores por doenças respiratórias
- Presença de comorbilidades
- Impacto da doença na vida do indivíduo
- Apoio social e familiar disponível
- Possibilidades de redução dos fatores de risco, especialmente a cessação tabágica

A história clínica de alguém que se sabe ou se suspeita ter DPOC deve incluir:^{1,2}

1. GOLD. Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD. Disponível em: <https://goldcopd.org/>. Acedido em maio de 2024.
2. IPCR. COPD Wheel. Disponível em: <https://www.icprg.org/copdwheel>. Acedido em maio de 2024.

Que doenças devem ser consideradas no diagnóstico diferencial da DPOC?



A falta de ar, um dos principais sintomas da DPOC, também pode ser causada por doenças como: asma, insuficiência cardíaca congestiva, bronquiectasias, tuberculose, bronquite obliterante, panbronquiolite difusa, cancro do pulmão, doenças pulmonares intersticiais, problemas da tireóide.^{1,2}

1.GOLD. Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD. Disponível em: <https://goldcopd.org/>. Acedido em maio de 2024.

2.IPCRG. Desktop Helper No.17. Disponível em: <https://www.ipcr.org/dth17>. Acedido em maio de 2024.

Considerou também os fatores de risco comuns para cancro do pulmão?

A asma e a DPOC partilham uma série de fatores de risco comuns com os do desenvolvimento do cancro do pulmão:¹

- Idade > 55 anos
- História de tabagismo > 30 unidades maço ano (por exemplo, 1 maço por dia durante 30 anos, ou 2 maços por dia durante 15 anos: ver www.smokingpackyears.com)
- Presença de enfisema confirmado por TC
- Presença de limitação do fluxo de ar FEV₁/FVC < 0,7
- IMC > 25 kg/m²
- História familiar de cancro do pulmão

Estaja atento ao cancro do pulmão como uma opção aquando do diagnóstico de asma ou de DPOC.

1. GOLD. Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD. Disponível em: <https://goldcopd.org/>. Acedido em maio de 2024.