

Diagnosticul precoce al BPOC

Acest Desktop Helper prezintă dovezile referitoare la beneficiile depistării și diagnosticării precoce a BPOC și pune la dispoziția cadrelor medicale instrumente pe care acestea le pot folosi în acest scop pentru pacienții pe care îi au în îngrijire.

DE CE ESTE IMPORTANT DIAGNOSTICUL PRECOCE?

BPOC este o afecțiune frecventă la nivel mondial, cu morbiditate și mortalitate considerabile.¹ Subdiagnosticarea BPOC constituie o problemă persistentă în toată lumea și continuă să fie un motiv major pentru insuficiența tratată a acestei afecțiuni, în ciuda disponibilității unor intervenții nonfarmacologice și farmacologice eficiente.² Prevalența globală a BPOC este estimată la 10,3%.² Ratele de subdiagnosticare în țările cu venituri mici și medii pot fi deosebit de ridicate, unele estimări sugerând rate de subdiagnosticare de peste 90%.³

BPOC simptomatică, nediagnosticată, este asociată cu risc crescut de exacerbări, pneumonie, impact negativ semnificativ asupra calității vieții (QoL) și chiar deces prematur.^{1,4-6} Diagnosticul BPOC este stabilit de obicei numai după ce o parte importantă din funcția pulmonară

a fost deja pierdută. Până la momentul în care pacienții caută ajutor pentru simptomele lor, valoarea VEMS a scăzut adesea la ~50% din valoarea prezisă, un nivel la care starea de sănătate este influențată substanțial. În plus, alte consecințe ale BPOC, cum ar fi respirația greoaie, depresia și anxietatea, determină adesea pacienții să fie mai puțin activi și mai puțin capabili să facă față bolii.¹ Motivele pentru diagnosticarea întârziată sunt numeroase și complexe, incluzând factori ce țin individ, personalul medical și sistemul de sănătate, împiedicând recunoașterea sau identificarea simptomelor sugestive pentru BPOC, respectiv raportarea cazurilor, sau de disponibilitatea spirometriei, esențială pentru diagnosticarea BPOC (a se vedea Ghid rapid pentru spirometrie la: <https://www.ipcr.org/DTH14>).² În cazul în care o persoană a consumat sau consumă produse pe bază de tutun, unii practicieni și publicul larg consideră BPOC ca fiind o boală autoprovocată, ceea ce duce la stigmatizare, autoînvinovățire și

întârzieri în solicitarea asistenței medicale. Acest lucru nu ia în considerare faptul că fumatul este o dependență cronică, care începe adesea în copilărie și este frecvent subdiagnosticată și subtratată. În plus, noi dovezi științifice au arătat că există mulți factori genetici și de mediu asociați cu o funcție pulmonară redusă, care variază, se acumulează și interacționează în timp, chiar înainte de naștere.^{2,7}

INTERVENȚIA PRECOCE POATE AJUTA?

Intervenția precoce pentru BPOC simptomatică poate conduce la o mai bună calitate a vieții (QoL).¹ Un număr mare de cercetări indică faptul că diagnosticul precoce însoțit de o intervenție rapidă întârzie declinul funcției pulmonare, reduce povara simptomelor și îmbunătățește QoL.² Pentru a reduce riscul exacerbărilor cauzate de infecțiile respiratorii, asigurați-vă că pacienții dumneavoastră sunt

Figura 1: Obstacole în calea diagnosticării precoce a BPOC și strategii pentru depășirea acestora.

Obstacole

Strategii aplicabile



- Eșecul recunoașterii BPOC, având în vedere evoluția sa lentă și implacabilă.
- Tendința de a pune dificultatea respiratorie pe seama îmbătrânirii și activității reduse, considerarea tusei ca fiind normală (de exemplu, „tusea fumătorilor”).
- Tendința de a nu se plânge de afecțiune (de exemplu, „tăcerea persoanelor cu BPOC”).
- Subestimarea simptomelor, ceea ce poate determina cadrele medicale să fie mai puțin dispuse să ia în considerare BPOC într-un stadiu incipient și să fie mai puțin ferme cu tratamentul.
- Reticența fumătorilor în a raporta dificultatea respiratorie, de teamă să nu fie stigmatizați pentru obiceiul de a fuma.

- Educația pacientului.
- Educația și implicarea aparținătorilor.
- Detectarea proactivă a cazurilor cu simptome sugestive de BPOC.



- Neconsiderarea infecțiilor bronșice repetate drept un semn precoce al BPOC.
- Ignorarea BPOC la nefumători.
- Concentrarea doar asupra comorbidităților (pacienții cu BPOC au adesea comorbidități multiple care pot fi mai urgente și mai ușor de diagnosticat).
- Neconsiderarea diagnosticului de BPOC la femei din cauza prejudecăților de gen (tendința de a presupune că este astm).
- Nu se investighează BPOC mai devreme deoarece renunțarea la fumat este principala intervenție pentru toți fumătorii, indiferent de stadiul BPOC.
- Adesea, serviciile și sprijinul pentru dependența de tutun nu sunt oferite/disponibile.

- Educația personalului medical.
- Vigilență sporită pentru simptomele care sugerează BPOC (în special la pacienții în vârstă și cu factori de risc).



- Efectuarea inconsecventă a spirometriei și lipsa de formare în domeniul spirometriei în asistența medicală primară.
- Controversele privind acuratețea spirometriei efectuate în asistența medicală primară, pentru depistarea precoce, descurajează unii medici de familie.
- Lipsa finanțării/rambursării pentru spirometrie în asistența medicală primară.
- Lipsa disponibilității spirometriei.
- Întârzieri în primirea rapoartelor de spirometrie atunci când sunt efectuate în afara cabinetului.

- Asistenți medicali cu interes special.
- Microspirometre pentru a exclude BPOC.
- Formare în spirometrie.
- Strategii de finanțare la nivel local.



- Presiunea timpului în cadrul asistenței medicale primare afectează în mod negativ capacitatea furnizorilor de a gestiona pacienții în mod proactiv.
- Epidemiile respiratorii (de exemplu, COVID-19) creează obstacole semnificative în calea evaluării pacienților și conduc la întârzierea sau încetarea serviciilor de diagnosticare.

- Elaborarea de recomandări locale clare cu privire la modul de acțiune în cabinetele aglomerate în cazul epidemiilor respiratorii.

◀ vaccinați (de exemplu împotriva gripei, COVID-19, a pneumococului și pertussis [Tdap]).² Deși nu este încă inclus în ghiduri, dovezile sugerează că vaccinul împotriva VSR pentru pacienții cu risc ridicat, precum cei cu BPOC, ar putea fi benefic. Tratatamentul dependenței de tutun și sprijinirea persoanelor pentru a opri fumatul sunt eficiente pentru încetinirea ritmului de declin al funcției pulmonare,⁸ iar cu cât o persoană întrerupe fumatul mai devreme, cu atât impactul este mai mare.⁹ Factorii care pot favoriza succesul încercărilor de renunțare la fumat includ stabilirea unui diagnostic ferm¹⁰ și analiza amănunțită a bolii și vârstei pulmonare a persoanei respective.¹¹ Pentru instrumente privind tratarea dependenței de tutun, consultați Desktop Helper-ul IPCRG – Sprijin pentru pacienți în vederea opririi fumatului (disponibil la: <https://www.ipcr.org/desktohelpers/desktop-helper-no-4-helping-patients-quit-tobacco-3rd-edition>) și <https://www.ipcr.org/themes/tobacco-dependence>. În populațiile în care poluarea aerului interior și exterior sunt, de asemenea, factori de risc principali pentru BPOC, este important să existe o atenție sporită asupra simptomelor care sugerează BPOC, indiferent de istoricul de dependență de tutun sau de sex (prezentarea bolii poate fi diferită la femei față de bărbați; a se vedea Desktop Helper-ul IPCRG – Îmbunătățirea îngrijirii pentru femeile cu BPOC, la <https://www.ipcr.org/DTH8>).

Intervenția farmacologică timpurie este, de asemenea, foarte importantă pentru gestionarea BPOC (a se vedea Discul IPCRG pentru o bună îngrijire a pacienților cu BPOC, la <https://www.ipcr.org/copdwheel> pentru recomandări privind personalizarea îngrijirii pacienților cu BPOC). Tratatamentul cu bronhodilatatoare cu durată lungă de acțiune este recomandat pacienților cu predominanța dispneei.² În cazul în care acestea nu sunt disponibile, antagonistul muscarinic cu durată scurtă de acțiune (AMDSA) sau beta agonistii cu durată scurtă de acțiune (BADSA) ar putea fi alegerea de inițiere a tratamentului.^{2,12} La pacienții cu funcție pulmonară relativ prezervată în repaus, limitarea fluxului de aer în timpul efortului este asociată cu o disfuncție extinsă a căilor respiratorii mici,¹³ sugerând un posibil beneficiu și pentru această populație.¹⁴ În ultimii ani, recomandările s-au orientat către utilizarea bronhodilatației duale ca terapie inițială pentru persoanele simptomatice.^{1,15} Cu toate acestea, măsura în care această abordare poate fi adecvată pentru boala mai ușoară, precoce, necesită o analiză suplimentară. Pentru pacienții cu exacerbări frecvente se iau în considerare nivelurile de eozinofile din sânge - un istoric sau o exacerbare moderată pe an și eozinofilie ≥ 100 și < 300 μL susțin adăugarea CSI la bronhodilatatoarele cu durată lungă de acțiune; istoricul de spitalizări pentru exacerbări ale BPOC sau ≥ 2 exacerbări moderate pe an și eozinofilie ≥ 300 celule/ μL indică adăugarea CSI la bronhodilatatoarele cu durată lungă de acțiune.² În ambele cazuri, CSI sunt luați în considerare doar ca o completare a tratamentului bronhodilatator cu acțiune prelungită. Dacă pacienții cu BPOC prezintă astm concomitent, aceștia trebuie tratați la fel ca

Tabelul 1: Exemple de instrumente pentru identificarea, în cadrul asistenței medicale primare, a persoanelor cu simptome sugestive de BPOC, care ar trebui luate în considerare pentru spirometrie

Instrument	Observații	Adresa web
Canada -Testarea sănătății pulmonare ²⁶	Simplu și rapid; nu este validat. 5 întrebări	https://www.lungsask.ca/media/16
Screening populational pentru BPOC (COPD-PS) ²⁷	Recunoscut și validat la nivel internațional. Simplu și rapid, 5 întrebări + vârstă	https://www.copdfoundation.org/Screening.aspx
Evaluarea BPOC în asistența medicală primară pentru identificarea riscului de boli respiratorii nediatectate (CAPTURE) ²⁸	Validat, include și măsurarea PEF. Capacitate de diferențiere bună în LMIC. ²⁸ Sensibilitate scăzută pentru detectarea BPOC semnificativă clinic într-o populație de pacienți din asistența medicală primară din SUA. ²⁹	https://www.researchgate.net/figure/The-CaPTUre-COPD-assessment-in-primary-care-to-identify-undiagnosed-respiratory-disease_fig1_325741206
BPOC în LMIC (COLA) ³⁰	Validat, cu capacitate de diferențiere bună în LMIC; ²⁸ poate fi folosit împreună cu PEF ³¹	https://www.dovepress.com/a-novel-case-finding-instrument-for-chronic-obstructive-pulmonary-dise-peer-reviewed-fulltext-article-COPD
LMIC, țări cu venituri mici și medii; PEF, debit expirator de vârf.		

pacienții cu astm. Diagnosticul precoce reprezintă o oportunitate semnificativă de a minimiza efectele cumulative ale exacerbărilor, care includ (dar nu se limitează la) pierderea funcției pulmonare, exacerbări recurente, scăderea calității vieții, complicații cardiovasculare și efecte ale utilizării corticosteroizilor sistemici.

Managementul BPOC are mai multe fațete și necesită o strânsă colaborare și comunicare între pacientul cu BPOC, aparținătorii acestuia și furnizorii de servicii medicale. Pe lângă diagnosticarea precoce, îmbunătățirea rezultatelor necesită ca pacienții cu BPOC și aparținătorii acestora să înțeleagă afecțiunea și să poată lua parte la deciziile privind obiectivele tratamentului. Discutarea a cinci întrebări de bază despre BPOC contribuie la acest proces: “Cum se numește boala?”; “De ce o am?”; “Ce se va întâmpla în continuare?”; “Ce putem face în această privință?”; “Cum pot alegeerile mele să îmi afecteze viitorul?” (consultați Discul IPCRG pentru o bună îngrijire a pacienților cu BPOC, la <https://www.ipcr.org/copdwheel>). Încurajați autogestionarea susținută, oferind pacienților și aparținătorilor acestora educație adecvată și posibilitatea de a discuta măsurile pe care le pot lua pentru a-și gestiona afecțiunea, inclusiv managementul dificultății respiratorii și reducerea comportamentului sedentar.¹⁶ Pentru recomandări suplimentare, consultați IPCRG Desktop Helper - Îmbunătățirea vieții persoanelor cu BPOC prin integrarea unei abordări paliative și de susținere, de la diagnostic până la sfârșitul vieții (disponibil la: <https://www.ipcr.org/DTH3>) și IPCRG COPD Magazine (disponibil la: <https://www.ipcr.org/resources/search-resources/copd-magazine-breathe-well-move-more-live-better-pdf-edition> și <https://www.ipcr.org/DTH10>).

CARE SUNT OBSTACOLELE ÎN CALEA DIAGNOSTICULUI PRECOCE?

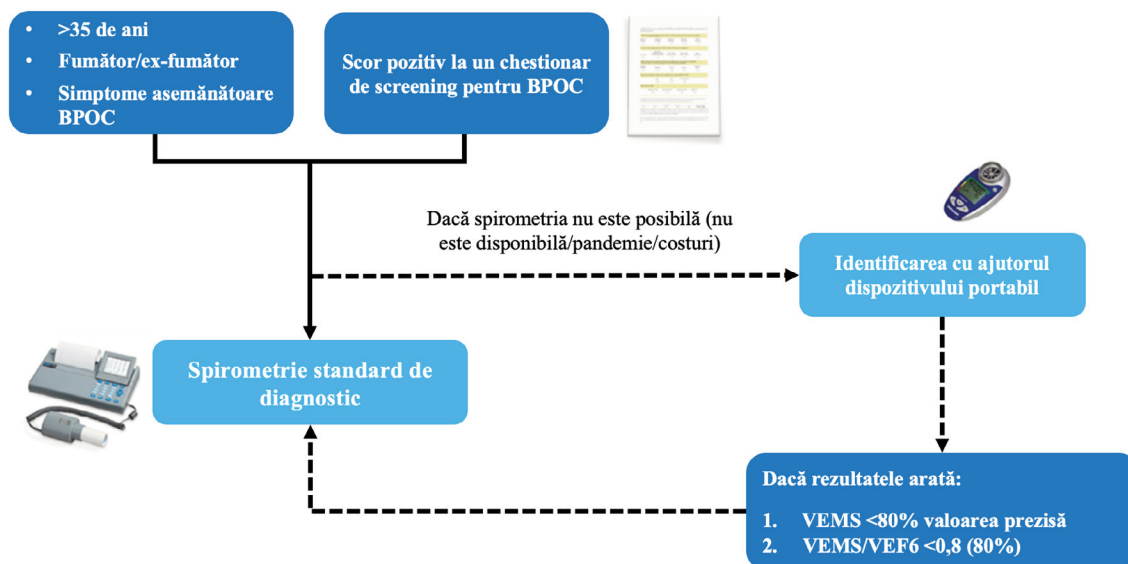
Dovezile care susțin beneficiile diagnosticării și intervenției precoce pentru persoanele cu BPOC sunt bine definite.¹⁷ Cu toate acestea, există numeroase obstacole în calea diagnosticului precoce (figura 1). Recunoscând aceste obstacole, putem face primii pași către depășirea lor.

CUM PUTEM AVEA UN DIAGNOSTIC PRECOCE?

Există o serie de strategii care pot fi utilizate pentru a încuraja diagnosticarea precoce. Conform celor mai recente cercetări, accentul ar trebui să se pună pe necesitatea investigării, în cursul anamnezei pacienților suspecți de BPOC, a evenimentelor din primii ani de viață și pe utilizarea spirometriei pe scară mult mai largă ca marker general al stării de sănătate. Promovarea unei mai bune înțelegeri și conștientizări a importanței crescute a acestei boli în rândul cadrelor medicale și a persoanelor din comunitate este piatra de temelie a unei schimbări globale de atitudine.

Spirometria este obligatorie pentru diagnosticarea BPOC (a se vedea Ghid rapid pentru spirometrie la adresa: <https://www.ipcr.org/DTH14>).² Cu toate acestea, identificarea persoanelor pentru care ar trebui efectuată spirometria este o provocare. Este posibil ca pacienții să nu raporteze simptomele BPOC, să nu le perceapă ca fiind o problemă și/sau să se simtă jenați să le raporteze, având în vedere stigmatizarea frecvent asociată cu dependența de tutun.^{18,19} Fiți vigilenți cu privire la BPOC la persoanele care prezintă simptome respiratorii sugestive, în special la cele cu istoric de consum de tutun în trecut sau în prezent, precum și la cele expuse la poluarea aerului din interior (gătit/încălzire cu combustibili solizi) și din exterior, inclusiv expunere profesională.

Figura 2: Algoritm pentru identificarea și diagnosticarea persoanelor cu BPOC simptomatică.



VEMS, volum expirator maxim în prima secundă, VEF6, volum expirator maxim timp de șase secunde

Au fost elaborate instrumente clinice centrate pe întrebări-cheie pentru persoanele cu simptome sugestive de BPOC (tabelul 1). Studii recente sugerează că aceste instrumente sunt cel mai bine utilizate în combinație cu măsurători obiective ale obstrucției fluxului de aer (PEF sau spirometrie).²⁰⁻²² Un rezultat negativ face mai puțin probabil un diagnostic de BPOC. Folosite în combinație cu o analiză minuțioasă a istoricului medical în vederea identificării unor dovezi compatibile cu exacerbări anterioare ale BPOC (care pot fi uneori ușor trecute cu vederea),²³ pot ajuta la determinarea indicației spirometriei diagnostice. La nivelul populației, distribuția de chestionare prin intermediul mass-media (atât prin metode tradiționale, cât și prin social media) poate încuraja persoanele să își analizeze simptomele. Dacă este cazul, aceste persoane se pot adresa apoi medicului de familie pentru o evaluare suplimentară.

IPCRG recomandă ca toate persoanele cu vârsta ≥ 35 de ani și cu antecedente de dependență de tutun să fie evaluate în ceea ce privește riscul de a dezvolta BPOC (figura 2). Utilizarea micro-spirometrelor, atunci când spirometria diagnostică nu este disponibilă, s-a dovedit a fi utilă pentru a exclude BPOC la persoanele cu suspiciune ridicată conform criteriilor de depistare,²⁴ dar nu reprezintă un diagnostic în sine. Un micro-spirometru este un dispozitiv portabil, ce poate fi ușor ținut în mână, ieftin (mai puțin de 100 de euro), care utilizează raportul VEMS/VEF6 pentru a identifica pacienții cu funcție pulmonară redusă în vederea efectuării unei evaluări suplimentare pentru BPOC; o valoare $<0,8$ justifică trimiterea

la spirometrie diagnostică.²⁵ Testul se efectuează rapid și nu necesită bronhodilatație.

Țineți cont de posibilitatea de a omite diagnosticul de BPOC atunci când evaluați persoane tinere. Dovezile obstrucției la aceste persoane se pot datora expunerilor semnificative din copilărie (de exemplu, combustibili pe bază de biomasă²) sau pot semnala prezența deficitului de $\alpha 1$ -antitripsină. Considerarea BPOC poate conduce la un diagnostic pentru aceste persoane, având în vedere beneficiile potențial semnificative ale intervențiilor precoce, la identificarea membrilor din familie aflați la risc, la consilierea genetică și la luarea în considerare a unei farmacoterapii precoce. Identificați persoanele cu simptome sugestive și risc de apariție a BPOC legat de expunere, dar fără dovezi de obstrucție a fluxului aerian, pentru monitorizare și urmărire ulterioară.

REZUMAT

Algoritm de diagnostic precoce al pacienților cu BPOC permite inițierea timpurie a intervențiilor eficiente și gestionarea bolii, pentru a minimiza conduita diagnostică în cazul persoanelor care prezintă risc asociat expunerii (fum de tutun, poluare atmosferică interioară și exterioară) și simptome de BPOC și oferirea spirometriei diagnostice atunci când este disponibilă (a se vedea Ghid rapid pentru spirometrie, disponibil la <https://www.ipcr.org/DTH14>). Diagnosticarea precoce va permite inițierea mai rapidă a intervențiilor pentru prevenirea exacerbărilor, menținerea funcției pulmonare, îmbunătățirea calității vieții și reducerea mortalității.

Referințe bibliografice

- Miravittles M, et al. Thorax 2009;64:863–8.
- Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2023. Disponibil la <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.

Autori: Alan Kaplan, Miguel Roman Rodriguez, Siân Williams

Recenzori: Ioanna Tsiligianni, Sundeep Salvi

Editori: Patima Tanapat (Integrity Continuing Education, Inc) și Tracey Lonergan (IPCRG)

Traducători: Sprijin administrativ suplimentar a fost furnizat de Stefani Chiarolanza și Samuel Ciociola (integrity Continuing Education, Inc.) și Russell Emery (IPCRG).

Acest desktop helper este consultativ; el este destinat utilizării generale și nu trebuie considerat ca fiind aplicabil unui caz specific.



Licență Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike

IPCRG este o organizație caritabilă înregistrată [SC nr. 035056] și o societate limitată prin garanție (Company nr. 256268). Adresa de comunicare: 19 Armour Mews, Larbert, FK5 4FF, Scoția, Regatul Unit

IPCRG Desktop Helpers sunt fișe informative ușor de utilizat, elaborate de IPCRG în colaborare cu clinicieni, pacienți și educatori clinici:

- Oferă îndrumare practică și sprijin pentru clinicienii care lucrează în asistența medicală primară, cu privire la diferite aspecte ale diagnosticării și gestionării bolilor respiratorii.
- Sunt bazate pe dovezi și oferă legături către resurse suplimentare.



www.ipcrg.org/desktophelpers

The collage features several Desktop Helper documents:

- 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)
 - "Predicting diagnosis in primary care patients suspected of obstructive..." (May 2016)
 - "Remote respiratory consultations" (January 2021)
 - "Un Guia de Referência: O que é essencial saber sobre a reabilitação pulmonar para melhorar a saúde da mulher e a fazer mais!" (July 2017)
- Spanish:**
 - "GUÍA PRÁCTICA No.9.Maio 2018 Cuidados personalizados: Adultos con asma" (May 2018)
 - "USO RACIONAL DE LA MEDICACIÓN INHALADA EN PACIENTES EPOC CON COMORBIDAD MULTIPLE: GUÍA PARA ATENCIÓN PRIMARIA" (December 2019)
- Portuguese:**
 - "Como a teleconsulta..." (July 2017)