



# DPOC Doença pulmonar obstrutiva crônica

Resumo de diretriz NHG M26 (segunda revisão, julho 2007)

Smeele IJM, Van Weel C, Van Schayck CP, Van der Molen T, Thoonen B, Schermer T, Sachs APE, Muris JWM, Chavannes NH, Kolnaar BGM, Grol MH, Geijer RMM

traduzido do original em holandês por Luiz F.G. Comazzetto • 2014

autorização para uso e divulgação sem fins lucrativos à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

## Conteúdo



- Diagnóstico
  - Anamnese
  - Exame físico
  - Exames complementares: espirometria
  - Avaliação
- Conduta
  - Orientações e aconselhamento
  - Medicação
  - Acompanhamento
  - Consulta ou encaminhamento
  - Tratamento da exacerbação grave

O programa de diretrizes da Associação Holandesa de Clínica Geral (NHG) foi desenvolvido para médicos de clínica geral no contexto do sistema de saúde holandês. A Associação não garante a eficácia das diretrizes para utilização em outros países. A informação é apenas para uso educacional e/ou profissional e é fornecida de boa fé, sem qualquer garantia expressa ou implícita. A Associação não se responsabiliza por qualquer perda ou dano resultante do uso das informações contidas nas diretrizes. Todo o acesso e utilização é de responsabilidade do usuário final.

## Diagnóstico

### Anamnese

- Considere DPOC em pacientes > 40 anos com tosse e/ou falta de ar e uma história de tabagismo relevante.
- Dar atenção a:

*Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.*

- (limitações causadas) pelos sintomas respiratórios e limitações;
- tempo de tabagismo, número médio de cigarros por dia (possivelmente traduzidos em ‘pacote-ano’: um pacote-ano é equivalente a 20 cigarros por dia durante um ano);
- diagnóstico diferencial como asma (histórico, todas as idades, atopia) ou insuficiência cardíaca (história de doença cardiovascular, > 60 anos).

## Exama físico

Grau de dispnéia, examinar pulmão e coração e determinar o IMC.

### Exames complementares: espirometria

- Antes do exame: 8 horas sem uso de medicação broncodilatadora de efeito curto e 12 horas para as de longa duração.
- Medir  $VEF_1^1$ ,  $CVF^2$  e curva fluxo-volume.
- Numa  $VEF_1/CVF < 0,7$ : Repetir após a broncodilatação.
- Em valores levemente abaixo do normal após broncodilatação e se há dúvida entre asma e DPOC: repetir a espirometria após 3-6 semanas.

## Avaliação

- Definir o diagnóstico de DPOC em pacientes > 40 anos com dispnéia e/ou tosse com ou sem catarro, em combinação com:
  - história de tabagismo importante (> 20 anos de tabagismo ou > 15 pacotes-anos);
  - e um  $VEF_1/CVF$  após broncodilatador < 0,7
- Em pacientes > 60 anos  $VEF_1/CVF < 0,7$  pode ser fisiológico.
- DPOC é suficientemente excluídas em um  $VEF_1 > 80\%$  do valor previsto e uma  $VEF_1/CVF > 0,7$ .
- Um aumento no  $VEF_1$ , em comparação com o valor antes do broncodilatador em  $\geq 12\%$  (ou em um menor volume pulmonar  $\geq 200$  ml) é característico de asma.
- Dispnéia em pacientes > 60 anos com uma história de doença cardiovascular também pode indicar falha cardíaca.
- Para o diagnóstico e tratamento em estado nutricional precário na DPOC: veja o texto integral.

## Conduta

*Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.*

## Orientações e aconselhamento

- *Parar de fumar é a base do tratamento.* Em caso de motivação insuficiente ou falta de sucesso ao tentar parar: discutir motivação e barreiras em um momento posterior. Veja também diretriz *Parar de fumar*.
- Aconselhar a atividade física (por exemplo, meia hora de caminhada de intensidade moderada ou andar de bicicleta)
- Recomendar vacinação contra a gripe.

## Medicação

- Iniciar um SABA<sup>3</sup> ou ipratrópio.
- Opcionalmente combinar os dois tipos de broncodilatadores.
- Se o efeito for insuficiente, substituir broncodilatador de curta duração por um agente de longa ação, e ‘conforme necessário’ broncodilatador de curta duração.
- Em exacerbações frequentes (duas ou mais por ano): considerar o uso de corticóides inalatórios em altas doses.

## Acompanhamento

- Em situação instável: duas semanas após cada mudança na medicação (ou anteriormente em sintomas graves).
- Em situação estável, pelo menos uma vez por ano (mais frequentemente em pacientes com DPOC grave).
- Durante o acompanhamento (anual) dar atenção aos sintomas e suas limitações na vida cotidiana, tabagismo e motivação para parar de fumar, padrão de exercício físico, a técnica inalatória, aderência ao tratamento e comorbidade, medir VEF<sub>1</sub>.

## Consulta ou encaminhamento

- DPOC em uma idade relativamente jovem (arbitrariamente < 50 anos) ou dúvida entre DPOC e insuficiência cardíaca.
- Se os objetivos do tratamento não forem atingidos, tais como VEF<sub>1</sub> < 50% do valor previsto (GOLD III-IV) ou < 1,5 litros, ou progressão rápida apesar de tratamento máximo, mesmo se VEF<sub>1</sub> > 50% do valor previsto.

## Estágios de gravidade da DPOC de acordo com critérios GOLD

Os valores VEF<sub>1</sub>/CVF e VEF<sub>1</sub> são após uso de broncodilatador.

<b>GOLD estágios</b>	<b>VEF<sub>1</sub>/CVF</b>	<b>VEF<sub>1</sub>(% do valor previsto)</b>
I leve	< 0,7	> 80
II moderado	< 0,7	50-80
III grave	< 0,7	30-50
IV muito grave	< 0,7	< 30 (of < 50 em insuficiência pulmonar)

## Doses de broncodilatadores de ação curta

<b>Medicação</b>	<b>pó para inalação</b>	<b>aerosol</b>	<b>máximo/dia</b>
Ipratrópio	4x/dia 40 microg	4x/dia 20 microg	320 microg
Salbutamol*	4x/dia 100-400 microg	4x/dia 100-200 microg	1600 microg
Terbutalina	4x/dia 250-500 microg	–	4000 microg

## Doses de broncodilatadores de ação longa

<b>Medicação</b>	<b>pó para inalação</b>	<b>aerosol</b>	<b>máximo/dia</b>
Tiotrópio	1x/dia dd 18 microg	–	18 microg
Formoterol	2x/dia 6-12 microg	2x/dia 12 microg	48 microg
Salmeterol	2x/dia 50 microg	2 x/dia 2 de 25 microg	100 microg

## Doses corticoide inalatório

<b>Medicação</b>	<b>pó para inalação</b>	<b>aerosol</b>	<b>máximo/dia</b>
Budesonida/beclometasona*	2x/dia 400 microg	2 dd 400 microg	1600 microg
Fluticasona	2x/dia 500 microg	2 dd 500 microg	1000 microg

\*Em alguns aerossóis ou pós para inalação as doses (máximas) são mais baixas.

## Tratamento da exacerbação grave

- O tratamento medicamentoso:
  - salbutamol aerosol com espaçador 4-10 doses (1 dose por vez no espaçador), eventualmente salbutamol por injeção sc (0,5 mg/ml, 1 ml);
  - repetir inalações após alguns minutos;
  - adicionar em melhoria insuficiente ipratrópio 2-4 doses (1 dose por vez);
  - se houver melhora: prednisolona 30 mg 1x/dia por 7-14 dias.
- Amoxicilina ou doxiciclina (7-10 dias), apenas em sinais clínicos de infecção (temperatura > 38° C, mal-estar) em combinação com:
  - função pulmonar muito ruim (VEF<sub>1</sub> < 30% do previsto) ou
  - melhoria insuficiente após 4 dias.
- Encaminhar se:
  - nenhuma melhora ocorrer dentro de meia hora;

*Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.*

- opções de assistência domiciliar insuficientes;
- exacerbações anteriores sempre ocasionando internação;
- esgotamento do paciente.

Notas do tradutor:

1. VEF<sub>1</sub>: volume expiratório forçado no primeiro segundo
2. CVF: capacidade vital forçada
3. SABA: agonista beta-2-adrenérgico de efeito curto (*short acting beta agonists*)