

UTILIZAÇÃO DA ESPIROMETRIA NO RASTREIO DA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA (DPOC)

U.S. Preventive Services Task Force. Screening for chronic obstructive pulmonary disease using spirometry: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med* 2008 Apr 1; 148 (7).

A DPOC é a quarta causa de morte nos Estados Unidos (EUA) e afecta mais de 5% da população adulta deste país. Caracteriza-se por uma limitação ventilatória geralmente progressiva e com reduzida reversibilidade, cuja génese se associa a uma resposta inflamatória anómala dos pulmões à inalação de partícu-

las e gases nocivos. O diagnóstico é realizado por espirometria através da constatação da limitação obstrutiva do fluxo aéreo definida pela razão $FEV_{1-1}/FVC^2 < 70\%$, com menos de 12% de reversibilidade, associada à existência de factores de risco (ex.: tabagismo) e/ou sintomatologia (expectoração crónica, sibilância e/ou dispneia).

Nesta *guideline* é apresentada a recomendação baseada na evidência da *United States Preventive Services Task Force* (USPSTF) relativamente à utilização da espirometria no rastreio da DPCO. Esta recomendação só é aplicável a adultos saudáveis que não reconhecem ou reportem sintomas respiratórios.

A USPSTF procedeu à actualização de uma revisão sistemática prévia referente a factores de risco para obstrução ventilatória e prevalência dos mesmos e à revisão de: ensaios aleatorizados e controlados que estudaram a influência do conhecimento dos resultados da espirometria na taxa de cessação tabágica, ensaios aleatorizados e controlados que testaram a eficácia das terapêuticas inalatórias na DPOC, ensaios aleatorizados e controlados que avaliaram os benefícios do rastreio na mortalidade e morbidade e evidência de grande qualidade referente aos efeitos deletérios da espirometria. Foram avaliadas revisões sistemáticas dos efeitos prejudiciais das terapêuticas da DPOC e dos benefícios e malefícios das vacinações anti-pneumocócica e anti-influenza, e ponderados os benefícios (prevenção de uma ou mais exacerbações por instituição de terapêutica a doentes não tratados e sem detecção anterior de obstrução da via aérea e melhoria dos débitos respiratórios) e efeitos deletérios do rastreio por espirometria (tempo e esforço necessários ao doente e serviços de saúde,

testes falsos-positivos e efeitos adversos subsequentes a terapêutica desnecessária).

A história clínica e o exame objetivo não são indicadores precisos da limitação ventilatória e constata-se que a maior parte dos indivíduos não reconhece estes sintomas e não os refere. Concomitantemente, menos de 10% dos doentes identificados pela espirometria de rastreio têm DPOC grave ou muito grave.

A detecção precoce da DPOC e a instituição de terapêutica adequada pode ser vantajosa porque mesmo indivíduos com doença ligeira a moderada beneficiam de cessação dos hábitos tabágicos e de vacinação anti-gripal anual. No entanto, a realização de espirometria e o confronto dos fumadores com os seus resultados não melhora os níveis de cessação tabágica (evidência razoável) e não parece, à luz dos estudos actuais, melhorar as taxas de vacinação contra *H. influenzae*. A terapêutica farmacológica previne exacerbações, mas não afecta o número de hospitalizações ou a taxa de mortalidade global entre indivíduos sintomáticos ex-fumadores, com idade ≥ 40 anos e que têm DPCO grave ou muito grave (VEMs1 <50% do previsto). Simultaneamente, desconhece-se se indivíduos com critérios espirométricos para diagnóstico de DPCO grave a muito grave, que não reconhecem sintomas ou não os reportam, beneficiam de tratamento farmacológico do mesmo modo que os sintomáticos. A evidência sugere que o benefício potencial do rastreio por espirometria será a prevenção de uma ou mais exacerbações por instituição de tratamento nos indivíduos sem diagnóstico prévio de limitação ventilatória.

Os custos inerentes ao tempo e esforço necessários ao doente e serviços de saúde para o rastreio da

DPOC por espirometria são elevados, mesmo nas populações de alto risco. Evidência razoável parece demonstrar que a espirometria pode conduzir a um sobrediagnóstico de DPOC nos indivíduos com idade superior a 70 anos, que nunca fumaram e que origina menos resultados falsos-positivos em outros adultos saudáveis. Salienta-se que existe boa evidência relativamente aos efeitos adversos resultantes de terapêutica farmacológica nomeadamente, candidíase orofaríngea, equimoses, boca seca, retenção urinária e taquicardia sinusal.

De acordo com a USPSTF, o rastreio da DPCO a adultos por espirometria não é recomendado (recomendação nível D). Esta recomendação só é aplicável a adultos saudáveis que não reconhecem ou reportem sintomas respiratórios.

Da leitura e análise desta recomendação conclui-se que se torna necessária investigação suplementar para avaliar a eficácia da terapêutica instituída, após diagnóstico de DPOC por espirometria de rastreio, em adultos com limitação ventilatória sem sintomatologia, não fumadores e/ ou fumadores com idade <40 anos. A precisão diagnóstica da espirometria efectuada a nível dos CSP e de centros de referência carece de estudos baseados na evidência. Este exame é utilizado no diagnóstico e no rastreio da DPOC e não é comparável a exames complementares existentes pelo que não é possível apurar com precisão a sua sensibilidade e especificidade no âmbito do rastreio universal. Não foram efectuados estudos controlados que comparem os resultados clínicos obtidos entre as populações rastreadas e não rastreadas o que torna mais complexa a validação da espirometria no rastreio de adultos saudáveis.

O rastreio não é consensual, mesmo em grupos de risco para DPOC, uma vez que teriam de ser rastreados centenas de indivíduos para evitar uma exacerbação. No entanto, de acordo com a guideline de 2007 da *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* o diagnóstico de DPOC deve ser considerado em qualquer paciente que se apresente com dispneia, tosse crónica ou expectoração e/ou exposição a factores de risco para a doença e posteriormente confirmado por espirometria. Em 2004 a *American Thoracic Society* e a *European Respiratory Society* recomenda a realização de espirometria a todos os indivíduos com exposição tabágica, história familiar de doença respiratória crónica ou sintomas respiratórios.

O médico de família tem um papel vital no rastreio sistemático do tabagismo e na promoção da cessação tabágica dos fumadores através de estratégias de intervenção breve e prescrição farmacológica, uma vez que as terapêuticas actuais para a DPOC continuam a ter uma contribuição modesta na progressão da doença.

Rita Viegas

USF da Cova da Piedade
CS Almada

1. FEV₁ – Volume Expiratório Máximo no 1º Segundo
2. FVC – Capacidade Vital Forçada