

A abordagem "puzzle" para construir um quadro de diagnóstico da asma nos cuidados primários ao longo do tempo

Não existe um teste diagnóstico objetivo único para asma. Em vez disso, sugerimos uma abordagem através de recolha e combinação de fragmentos de informação clínica para criar um quadro diagnóstico, como se fosse um puzzle. Essas peças devem incluir a demonstração da variabilidade de sintomas e das vias aéreas e/ou resposta aos broncodilatadores ao longo do tempo, para apoiar um diagnóstico clínico. Este processo torna-se mais fácil com a experiência, à medida que os padrões se tornam mais reconhecíveis. Para os médicos menos experientes no diagnóstico de asma, este guia prático demonstra como construir o diagnóstico do paciente ao longo do tempo, idealmente envolvendo várias consultas.

INTRODUÇÃO

A asma é uma síndrome clínica que consiste em sintomas de pieira /sibilância, aperto no peito e falta de ar, às vezes com tosse, que variam em intensidade e ao longo do tempo (fig 1).¹ A asma é uma das doenças crônicas mais comuns observadas nos cuidados de saúde primários e a doença crônica mais frequente na idade pediátrica. A prevalência reportada de asma varia entre países, oscilando entre 1% e 18%.² É essencial obter o diagnóstico correto para garantir que as pessoas com asma recebam o seguimento adequado, incluindo tratamento farmacológico com medicamentos inalados e intervenções não farmacológicas [Asthma Right Care]. A combinação da ausência de um teste de diagnóstico único com a natureza heterogénea e variável dos sintomas ao longo do tempo representa um desafio diagnóstico. Um desafio específico é que os testes de função pulmonar, como o débito expiratório máximo instantâneo ou FEV1/FVC e a prova de broncodilatação (reversibilidade), estão frequentemente normais quando o doente está assintomático e, portanto, deveriam idealmente ser realizados quando o doente está sintomático. Um desafio adicional é o facto de alguns dos sinais e sintomas clínicos sentidos por pessoas que estão a ser investigadas por suspeita de asma poderem sobrepor-se a outras doenças e problemas respiratórios, ou não se enquadrarem no diagnóstico de asma (fig 2). Apesar disso, e ao contrário do verificado noutras doenças respiratórias, os sintomas da asma variam ao longo do tempo, muitas vezes diariamente ou de acordo com o local. Por isso, a construção de um quadro diagnóstico de asma requer a recolha de evidências de apoio para construir uma imagem ao longo do tempo, como um puzzle. As peças são montadas a partir dos sintomas, da história clínica, do exame físico e dos meios complementares de diagnóstico, sendo as peças chave os exames que identificam a variabilidade das vias aéreas e a resposta ao broncodilatador num contexto de

obstrução do fluxo aéreo expiratório (disfunção das vias aéreas) (fig 3).^{1,2,4,5} Devem ser considerados diagnósticos alternativos se a peça ou peças-chave não encaixarem. O diagnóstico de asma requer a compreensão (1) da apresentação, incluindo o(s) motivo(s) do recurso à consulta dos cuidados de saúde primários; (2) dos sintomas, incluindo uma avaliação da evolução dos sintomas respiratórios, dos fatores desencadeantes identificados e de outros fatores de risco tratáveis; e do exame físico, incluindo, pelo menos, nariz, garganta, pele, pulmões, coração, frequência respiratória, frequência e ritmo do pulso e oximetria de pulso (quando disponível); (3) da história, incluindo história pessoal, ocupacional e familiar e (4) dos resultados dos testes e meios complementares de diagnóstico. A resolução do puzzle combina esses elementos ao longo do tempo e prioriza os

elementos que apoiam o diagnóstico de asma e identifica as peças que não se encaixam, exigindo que o médico reflita novamente. Nenhum puzzle estará 100% completo, mas a imagem deve ser suficientemente clara para permitir um diagnóstico (fig 4).

CONSTRUIR UMA IMAGEM AO LONGO DO TEMPO PARA OBTER O DIAGNÓSTICO DE UMA DOENÇA VARIÁVEL

O que deve ser feito

Construa o quadro perguntando ao doente o(s) motivo(s) do seu recurso aos cuidados de saúde primários e avaliando os sintomas respiratórios atuais e passados. Se o doente não for

Figura 1: Sintomas cardinais de Asma - pieira, tosse, aperto no peito, dispneia



Figura 2: Peças que não encaixam no diagnóstico de Asma

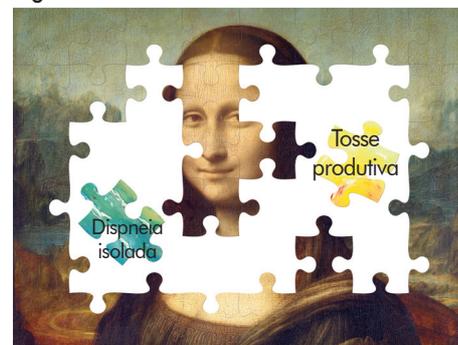


Figura 3: Testes disponíveis para disfunção das vias aéreas que apoiam a suspeita

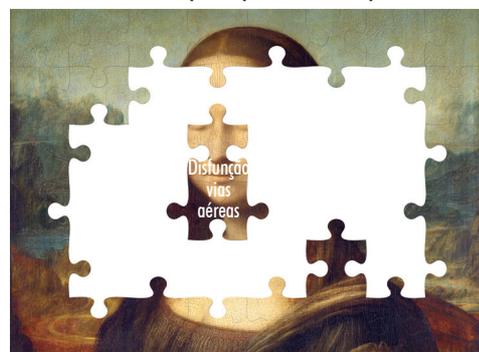
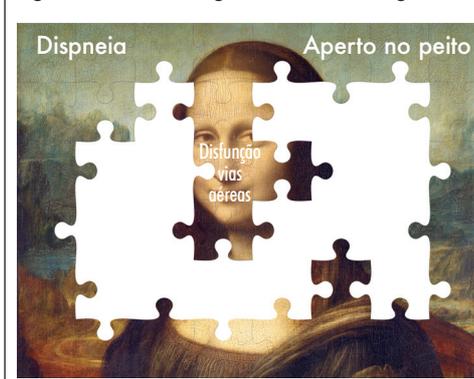


Figura 4: Uma imagem clara do diagnóstico



Quadro: Construindo a imagem: Apresentação, sintomas, história e meios complementares de diagnóstico para apoiar ou refutar o diagnóstico de asma

Apresentação (fig 1)	<p>Identifique o motivo ou os motivos pelos quais a pessoa veio falar consigo. <i>O que posso fazer por si hoje?</i></p> <p>Perguntas subsequentes: Tem esses sintomas todos os dias? Pioram à noite? Durante o exercício? Quando foi a primeira vez que se lembra [de sentir falta de ar]? Estes sintomas desaparecem por períodos de tempo?</p>
Sintomas e exame físico	<p>Pergunte de forma mais alargada sobre a variedade de sintomas respiratórios que a pessoa possa estar a sentir, especialmente aqueles que são típicos de asma e que podem não ter sido mencionados, tais como falta de ar, aperto no peito, pieira ou chiadeira, tosse, sintomas nasais. <i>Tem mais algum sintoma? Tosse mesmo quando se está a sentir bem? Tem sintomas à noite? Há períodos em que não tem sintomas?</i></p> <p>Perguntas subsequentes: Notou alguma coisa que desencadeia os seus sintomas ou os agrava (considerar: infeções virais, exercício, exposição a alérgenos, mudanças de tempo/estação, gargalhadas, substâncias irritantes, odores fortes)? Os seus sintomas agravam ou melhoram nos dias em que está no trabalho ou a fazer determinadas atividades? Está exposto a fumo (de tabaco)? Já foi tratado no hospital ou noutra localidade por falta de ar aguda e grave? Já alguma vez lhe foi prescrito algum medicamento inalado para a falta de ar?</p> <p>Faça um exame físico que inclua, pelo menos, nariz, garganta, pele, pulmão, coração, IMC, frequência respiratória, frequência cardíaca, pulso e oximetria de pulso, quando disponível.</p>
Peças que não se encaixam (fig 2)	<p>Os sintomas que sugerem um diagnóstico alternativo podem incluir tosse isolada, especialmente em conjunto com hemoptise, produção crónica de expectoração, dor no peito, falta de ar associada a tonturas, vertigens ou formigues periféricas, febre, anorexia e perda ponderal. Estes sintomas sugerem a consideração de diagnósticos alternativos. Considere tuberculose, cancro do pulmão, disfunção respiratória (com função normal das vias respiratórias), bronquiectasias, doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) etc.</p>
História	<p>Pergunte sobre a história pessoal e condições de vida: <i>Com que frequência já teve isto antes? Os seus sintomas são piores em determinadas épocas do ano? Tem rinite alérgica? Tem eczema ou teve em criança? Em que consiste o seu trabalho? Quais são os seus passatempos? Espirra e fica com o nariz com pingo quando é exposto a poeira, fumo, ar frio ou poluição? Teve infeções respiratórias repetidas (resfriados ou infeções torácicas) quando era mais jovem? Alguém fuma na sua casa ou local de trabalho? Tem uma lareira para cozinhar ou se aquecer em casa? Há bolor na sua casa?</i></p> <p>Perguntas subsequentes: Alguém mais na sua família tem problemas semelhantes? Pode me falar sobre os seus empregos atuais e passados? Há alguma instalação industrial poluente perto do local onde vive? O que faz quando não está a trabalhar?</p> <p>A história que sugere um diagnóstico alternativo pode incluir história familiar de/ou outras doenças respiratórias crónicas, como fibrose cística, tuberculose, fibrose pulmonar, insuficiência cardíaca.</p>
Testes objetivos (fig 3)	<p>Meios complementares de diagnóstico que apoiam o diagnóstico</p> <p>Testes de resposta broncodilatadora das vias aéreas:²</p> <ul style="list-style-type: none"> Realize um teste de débito expiratório (PEF), administre 200-400 mcg de salbutamol inalado ou uma associação de ICS/formoterol contendo pelo menos 4,5 mcg de formoterol; repita o teste de débito expiratório após 10-15 minutos (depois de ter visto o próximo doente). Uma alteração de $\geq 20\%$ é consistente com asma^{2,3} Meça o PEF antes, durante e depois de 2 a 4 semanas de tratamento anti-inflamatório (com um inalador de ICS ou com um inalador de ICS/formoterol)¹; se houver uma resposta positiva, mas o débito expiratório não tiver sido monitorizado, considere a possibilidade de suspender o tratamento anti-inflamatório (se não houver recaída, a asma é improvável; se houver recaída, reinicie o tratamento). <p>Testes para avaliação da limitação variável do fluxo de ar expiratório:^{2,6}</p> <ul style="list-style-type: none"> Monitorização seriada do débito expiratório durante 2 a 4 semanas, duas vezes ao dia, incluindo fins de semana e feriados, se possível, especialmente se houver suspeita de fatores ocupacionais^a Microspirometria Espirometria com prova de broncodilação^b (gold standard; pode exigir encaminhamento para um especialista ou serviço de diagnóstico hospitalar) <p>Outros exames que podem contribuir:</p> <ul style="list-style-type: none"> Testes de sensibilização alérgica (testes cutâneos e/ou IgE específica). Não há utilidade no doseamento de IgE total. Testes de biomarcadores de inflamação: a eosinofilia e a fração exalada de óxido nítrico (FeNO) pode ser útil para descartar a asma e monitorizar a inflamação das vias respiratórias e orientar a tomada de decisões sobre o tratamento Testes de broncoprovocação (pode exigir encaminhamento para um especialista ou serviço de diagnóstico hospitalar): manitol, metacolina, histamina, exercício e frio <p>Testes objetivos que sugerem um diagnóstico alternativo incluem a ausência de resposta ao broncodilatador/limitação variável do fluxo expiratório em testes objetivos</p>

^aTestes objetivos que sugerem um diagnóstico alternativo incluem a ausência de resposta ao broncodilatador/limitação variável do fluxo expiratório em testes objetivos;

^bCritérios de reversibilidade: melhoria de 10% no FEV1 ou FVC com a broncodilação

sintomático, considere a monitorização seriada do débito expiratório (PEF) ao longo do tempo (por exemplo, 2 semanas). Se o doente for sintomático, a administração de 2 a 4 inalações de SABA (de preferência por meio de uma câmara expansora), precedida (e seguida) por leituras de débito expiratório (se possível), deve induzir uma rápida melhoria nos sintomas e uma melhoria no resultado do débito expiratório. A demonstração objetiva da resposta da obstrução das vias respiratórias ao broncodilatador por meio de espirometria é a abordagem padrão (gold-standard) para o diagnóstico de asma, mas é dependente da disponibilidade do exame bem como de o doente estar instável

ou sintomático quando o teste é realizado. Em alguns contextos, também poderão ser utilizados dispositivos point-of-care, tais como um microespirómetro eletrónico.

Próximas etapas (fig 4)

Se o quadro for claro, registre os critérios que usou para fazer o diagnóstico e a data do mesmo no processo clínico e inicie o tratamento baseado em diretrizes, incluindo um inalador anti-inflamatório 2. Se a pessoa continuar sintomática ou não estiver a melhorar, faça uma revisão estruturada (consulte DTH2) para permitir que se (re)obtenha e mantenha o controlo. Isto pode exigir uma revisão do diagnóstico.

References

- Porsbjerg C, et al. Lancet 2023; doi: 10.1016/S0140-6736(22)02125-0.
- GINA. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Updated 2023. Available at: <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2023/05/GINA-2023-Full-Report-2023-WMS.pdf> Accessed June 2023.
- <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02770903.2023.2209172?src=&journalCode=ijas20>.
- Louis R, et al. ERJ 2022;2101585.
- Ryan D, et al. Allergy 2022;77:2618-33.
- Stanojevic S, et al. Eur Respir J 2022;60:2101499.