

COPD ILLNESS SCRIPT

Olá, solucionadores de problemas clínicos! Aqui é Rafael Medina dos Santos. Sou estudante de medicina brasileiro do 5º ano da Universidade Estadual de Maringá. Dessa vez, vou guiá-lo por um esquema para doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC).

Em primeiro lugar, o que é DPOC?

A DPOC pode ser definida como uma patologia com sintomas respiratórios persistentes e limitação do fluxo aéreo devido a anormalidades das vias aéreas e / ou alveolares. Geralmente, é causada por exposição significativa a partículas ou gases nocivos.

Para compreender a importância da DPOC, devemos compreender sua carga global. Então, como a DPOC afeta o mundo?

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, as 3 principais causas globais de mortes são: doença isquêmica do coração, acidente vascular cerebral e DPOC. Enquanto a mortalidade global por doenças cardiovasculares, como infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral vem diminuindo, a mortalidade relacionada à DPOC aumentou nos últimos anos. Mas como isso afeta especificamente os EUA? De acordo com o CDC, a DPOC é a terceira principal causa de morte nos Estados Unidos, e a mortalidade por DPOC aumentou durante os últimos 30 anos tanto em homens quanto mulheres.

A idade de início é geralmente maior que 35 anos e mulheres e homens são igualmente afetados.

A maioria dos pacientes com DPOC apresenta dois fenótipos distintos de doença, ambos relacionados ao tabagismo: Bronquite Obstrutiva Crônica e Enfisema Pulmonar.

Para serem classificados como bronquite crônica, os pacientes devem ter tosse e muco na maioria dos dias por pelo menos 3 meses por ano, por 2 anos consecutivos. Além disso, outras possíveis causas desses sintomas, como tuberculose ou outras doenças pulmonares, devem ser excluídas. Patologicamente, a bronquite crônica consiste em um aumento anormal das glândulas mucosas nas vias aéreas cartilaginosas centrais. Há hipertrofia e hiperplasia das glândulas submucosas, juntamente com um aumento no número de células caliciformes na mucosa com espessamento da parede brônquica, resultando em estreitamento do lúmen brônquico (também conhecido como bronquiólite obliterante).

O segundo fenótipo da doença, enfisema pulmonar, refere-se a um aumento anormal do espaço aéreo distal aos bronquíolos, devido à destruição progressiva dos septos alveolares.

De longe, o fator de risco mais importante é o cigarro. No entanto, alguns não fumantes com outros fatores de risco, incluindo exposição à poeira e / ou poluentes do ar e fatores genéticos (como deficiência de $\alpha 1$ antitripsina), que levam a uma inflamação pulmonar crônica, podem desenvolver DPOC. A $\alpha 1$ antitripsina é uma enzima importante que reduz os danos ao tecido pulmonar, pois é o principal inibidor da elastase neutrofílica, uma enzima que leva à destruição da parede acinar. Uma deficiência de antitripsina $\alpha 1$ leva a um dano tecidual não impedido pela enzima elastase nos pulmões, resultando em enfisema em pacientes jovens.

A DPOC pode se manifestar clinicamente de várias maneiras, mas há três características principais: dispneia, tosse produtiva crônica e produção crônica de expectoração.

O exame físico depende do curso da doença. No início da doença, você ouve uma fase de expiração prolongada e respiração ofegante. Conforme a doença progride com o

passar do tempo, você pode ouvir diminuição do movimento do ar ou sibilos, roncos e estertores. Você pode até ver peito de barril. Na doença em estágio terminal, a relação VEF1 / CVF é inferior a 70% e FEV1 é inferior a 30%. Nesse estado, os pacientes costumam se adaptar instintivamente durante os episódios de dispneia, posição de alívio como a posição do tripé e respiração com lábios franzidos.

Em exames de imagem, os sinais comuns de DPOC grave incluem pulmões hiperinsuflados, diafragma achatado, bolhas e aumento do espaço claro retroesternal.

Embora seja uma doença crônica, a maioria dos pacientes procura atendimento médico durante uma exacerbação aguda, que é marcada por uma piora repentina dos sintomas respiratórios - especificamente um aumento da dispneia, tosse ou produção de expectoração. Essas exacerbações são mais frequentemente devido a infecções do trato respiratório e exposição à poeira / poluição. Lembre-se de considerar e descartar outros diagnósticos, como pneumotórax, embolia pulmonar, insuficiência cardíaca e infarto do miocárdio, que podem se apresentar de forma semelhante. O tratamento na fase aguda requer broncodilatadores, esteroides orais e antibióticos se a exacerbação foi devido a uma infecção bacteriana.

Mas o que é usado para chegar ao diagnóstico? É feito em ambiente ambulatorial por meio de espirometria. Apresenta relação VEF1 / CVF inferior a 70% do previsto, sem alteração significativa após o uso de broncodilatador, o que evidencia a existência de obstrução “fixa” das vias aéreas. O estadiamento é feito por meio dos critérios GOLD, que avaliam o VEF1 previsto, a intensidade dos sintomas, o risco de exacerbações e a presença de comorbidades. Dessa forma, o tratamento e o acompanhamento podem ser feitos individualmente proporcionando o que há de melhor para cada paciente.

O diagnóstico diferencial inclui asma, bronquiectasia, câncer de pulmão, insuficiência cardíaca e doença pulmonar intersticial. Para obter detalhes mais abrangentes de cada doença, verifique os roteiros de doenças correspondentes em nosso site.

Em relação ao tratamento, parar de fumar é fundamental! Como médicos, essencial ajudar o paciente a parar de fumar, se for o caso. Se a saturação de O₂ for inferior a 88%, os pacientes precisam de O₂ suplementar. Broncodilatadores, esteróides inalatórios, reabilitação pulmonar e vacinações relevantes também são importantes.

Lembre-se de que a DPOC é uma doença debilitante grave! Certificar-se de que a detectamos precocemente, a tratemos adequadamente e buscamos a mudança no estilo de saúde de vida do paciente é essencial!

Espero que tenham gostado! Até mais!