

BMJ Best Practice

Visão geral da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Introdução	3
Doenças	4
Referências	6
Aviso legal	7

Introdução

Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é um distúrbio geralmente progressivo, caracterizado pela limitação do fluxo aéreo, não sendo totalmente reversível.^[1] Aproximadamente 90% dos casos de DPOC são causados pelo tabagismo (cigarros); outros fatores de risco fortes incluem idade avançada (pode estar relacionada a um período mais longo de tabagismo) e fatores genéticos (por exemplo, deficiência de alfa 1-antitripsina).

Doenças

◇ doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)

» [veja nossa abrangente cobertura sobre doença pulmonar obstrutiva crônica \(DPOC\)](#)

Suspeitada em pacientes com história de tabagismo, fatores de risco ocupacionais/ambientais ou história pessoal/familiar de doença pulmonar crônica. Apresenta dispneia progressiva, sibilo, tosse e produção de escarro. As opções de tratamento incluem abandono do hábito de fumar, broncodilatadores e corticosteroides. A oxigenoterapia de longo prazo aumenta a sobrevida em caso de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) grave.

◇ Exacerbação aguda da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Exacerbação aguda da doença pulmonar obstrutiva crônica \(DPOC\)](#)

Exacerbações agudas da DPOC variam de muito leve a grave e com risco de vida, as quais são comumente precipitadas por patógenos bacterianos ou virais, poluentes ou mudanças na temperatura e umidade. Elas se apresentam com um início agudo e agravamento continuado dos sintomas respiratórios, da função pulmonar, do status funcional e da qualidade de vida do paciente.[2] [3] [4] [5] [6] As exacerbações agudas tendem a se tornar mais frequentes e graves à medida que a DPOC evolui[7] [8] e podem acelerar por si só a progressão da DPOC.[9] Além das terapias habituais utilizadas para a DPOC, observou-se que os antibióticos apresentam benefícios para o tratamento das exacerbações agudas,[10] sendo recomendados em pacientes nos quais se suspeita de um fator desencadeante bacteriano.[2]

◇ Abandono do hábito de fumar

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Abandono do hábito de fumar](#)

Evitar o tabagismo é uma parte importante da prevenção e tratamento da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC).

◇ Deficiência de alfa 1-antitripsina

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Deficiência de alfa 1-antitripsina](#)

Um distúrbio genético no qual os indivíduos afetados não apresentam a atividade eficaz de um inibidor específico de protease, a alfa 1-antitripsina (AAT). Essa enzima é responsável por neutralizar a elastase dos neutrófilos, prevenindo, assim, o dano inflamatório tecidual dos pulmões.[11] [12] A deficiência de AAT geralmente se manifesta como enfisema de início precoce em fumantes. No entanto, os não fumantes também podem ser afetados, apesar de alguns fumantes poderem nunca manifestar a doença.

◇ Avaliação da dispneia

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Avaliação da dispneia](#)

Testes diagnósticos, como espirometria e outros testes de função pulmonar, radiografia torácica, análise da gasometria arterial e tomografia computadorizada (TC) do tórax, ajudam a confirmar a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e descartar diagnósticos alternativos.

◇ Avaliação da tosse crônica

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Avaliação da tosse crônica](#)

A tosse é o sintoma inicial usual da DPOC: frequentemente, uma tosse matinal que pode tornar-se constante conforme a doença evolui. Geralmente produtiva, e a qualidade do escarro pode ser alterada com as exacerbações ou infecções sobrepostas.

Artigos principais

Referências

1. Sutherland ER, Cherniack RM. Management of chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med. 2004;350:2689-2697.
2. Rodriguez-Roisin R. COPD exacerbations.5: management. Thorax. 2006;61:535-544.
3. Cote CG, Dordelly LJ, Celli BR. Impact of COPD exacerbations on patient-centered outcomes. Chest. 2007;131:696-704.
4. O'Donnell DE, Parker CM. COPD exacerbations. 3: Pathophysiology. Thorax. 2006;61:354-361. [Texto completo](#)
5. Spencer S, Jones PW; GLOBE Study Group. Time course of recovery of health status following an infective exacerbation of chronic bronchitis. Thorax. 2003;58:589-593. [Texto completo](#)
6. Xu W, Collet JP, Shapiro S, et al. Negative impacts of unreported COPD exacerbations on health-related quality of life at 1 year. Eur Respir J. 2010;35:1022-1030. [Texto completo](#)
7. Burge S, Wedzicha JA. COPD exacerbations: definitions and classifications. Eur Respir J Suppl. 2003;41:46s-53s.
8. Hurst JR, Vestbo J, Anzueto A, et al. Susceptibility to exacerbation in chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med. 2010;363:1128-1138. [Texto completo](#)
9. Donaldson GC, Seemungal TA, Bhowmik A, et al. Relationship between exacerbation frequency and lung function decline in chronic obstructive pulmonary disease. Thorax. 2002;57:847-852.
10. Llor C, Moragas A, Hernández S, et al. Efficacy of antibiotic therapy for acute exacerbations of mild to moderate chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit Care Med. 2012;186:716-723. [Texto completo](#)
11. Laurell CB, Eriksson S. The electrophoretic alpha 1-globulin pattern of serum in alpha 1-antitrypsin deficiency. Scand J Clin Lab Invest. 1963;15:132-140.
12. Brantly M, Nukiwa T, Crystal RG. Molecular basis of alpha 1-antitrypsin deficiency. Am J Med. 1988;84:13-31.

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
	10,00
Numerais de 5 dígitos	
	1000
Numerais de 4 dígitos	
	0.25
Numerais < 1	

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmj.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Editorial Team,

BMJ Publishing Group

DIVULGAÇÕES: This overview has been compiled using the information in existing sub-topics.