



Discordância de critérios novos e antigos de classificação de pacientes com DPOC

António Manuel Silva Duarte de Araújo^{1,2,3,a}, Pedro Teixeira^{1,2,b},
Venceslau Hespanhol^{4,5,c}, Jaime Correia-de-Sousa^{1,2,6,d}

AO EDITOR,

As decisões médicas devem se basear em avaliações precisas dos pacientes e em informações científicas robustas. O objetivo das diretrizes clínicas é fornecer recomendações úteis por meio da identificação das informações científicas mais relevantes, que devem ser adaptadas e aplicadas (com cautela) em cada paciente. Isso é particularmente verdadeiro no caso da DPOC, uma doença heterogênea e altamente complexa. O objetivo deste estudo foi avaliar como os questionários usados na avaliação dos sintomas e a ferramenta de avaliação ABCD da *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD) podem afetar a classificação da DPOC.

Trata-se de um estudo transversal realizado no Ambulatório de Pneumologia do Hospital da Senhora da Oliveira, na cidade de Guimarães, em Portugal. Foram incluídos pacientes consecutivos com mais de 40 anos de idade, diagnóstico de DPOC de acordo com os critérios da GOLD⁽¹⁾ e doença estável. O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital da Senhora da Oliveira e da Universidade do Minho, na cidade de Braga, em Portugal, bem como pela Comissão Nacional de Proteção de Dados. Todos os pacientes participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. Seguimos as diretrizes *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*,⁽²⁾ cujo objetivo é aprimorar a apresentação de resultados de estudos observacionais.

Aplicamos um questionário criado para coletar dados demográficos e clínicos. Os sintomas foram avaliados por meio do *COPD Assessment Test* (CAT, Teste de Avaliação da DPOC) e da escala modificada do *Medical Research Council* (mMRC) para dispneia. Foram também avaliados os episódios de exacerbação aguda da DPOC (EADPOC) no ano anterior. Definimos EADPOC de acordo com os critérios da GOLD, isto é, piora aguda de sintomas respiratórios e, conseqüentemente, necessidade de tratamento adicional e consulta médica não planejada. Todos os participantes foram submetidos a testes de função pulmonar realizados de acordo com as recomendações da *American Thoracic Society* e da *European Respiratory Society*,^(3,4) e os resultados foram comparados com os valores de referência obtidos por meio das equações preditivas da *Global Lung Function Initiative*.⁽⁵⁾ Foi então realizada a análise estatística.

Estudamos 303 pacientes ambulatoriais com DPOC. A Tabela 1 descreve as principais características demográficas, clínicas e funcionais dos pacientes. Apenas 207 pacientes (68,3%) completaram os questionários do CAT e da mMRC. Ao aplicarmos os pontos de corte propostos pela GOLD para a gravidade da dispneia (a pontuação na mMRC) ou dos sintomas com necessidade de tratamento regular (a pontuação no CAT), observamos discordância entre as duas medidas em 47 (22,7%) dos 207 pacientes: 32 (15,5%) foram classificados em grau A e B; e 15 (7,2%) foram classificados em grau C e D. Em 38 desses pacientes, a pontuação no CAT foi ≥ 10 e a pontuação na mMRC foi < 2 , ao passo que os outros 9 pacientes apresentaram pontuação ≥ 2 na mMRC e < 10 no CAT. A Tabela 1 mostra a distribuição dos pacientes e a média do VEF₁ (em % do previsto) em cada grupo conforme as duas versões diferentes (de 2016 e 2017) das diretrizes da GOLD. Quando aplicamos os critérios de 2017 da GOLD, 74 pacientes (24,4%) foram transferidos de um grupo de maior gravidade para um grupo de menor gravidade.

No presente estudo, houve discordância significativa entre a pontuação do CAT e a da mMRC, o que mostra que o impacto da DPOC vai além da dispneia. Portanto, nos 96 pacientes que não completaram o CAT, é possível que o impacto sintomático tenha sido subestimado e o tratamento proposto tenha sido significativamente diferente do que eles realmente precisavam. Essas observações são consistentes com as de outros estudos.⁽²⁾ Em um estudo realizado na Espanha, a versão de 2011 das diretrizes da GOLD, que permite que o médico escolha o método de determinação do impacto sintomático (mMRC ou CAT), foi avaliada por meio da comparação das duas medidas.⁽⁶⁾ Os autores observaram que a classificação dos pacientes com DPOC variou de acordo com a medida empregada; mais de 25% dos pacientes foram classificados em diferentes categorias "horizontais", com diferentes propostas de tratamento.

A ferramenta de avaliação ABCD da GOLD é atualmente usada para orientar o tratamento farmacológico. Observamos uma discordância entre as versões de 2016 e 2017 das diretrizes da GOLD em 24,4% dos pacientes que compuseram nossa amostra. Muitos deles, previamente classificados como pertencentes ao grupo C ou D, foram reclassificados como pertencentes ao grupo

1. Instituto de Investigação em Ciências da Vida e Saúde – ICVS – Faculdade de Medicina, Universidade do Minho, Braga, Portugal.

2. Laboratório Associado ICVS/3B's, Braga/Guimarães, Portugal.

3. Departamento Respiratório, Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, Portugal.

4. Departamento de Pneumologia, Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal.

5. Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal.

6. Unidade de Saúde Familiar Horizonte, Centro de Saúde de Matosinhos, Matosinhos, Portugal.

a. <http://orcid.org/0000-0001-5811-3786>; b. <http://orcid.org/0000-0001-6322-4923>; c. <http://orcid.org/0000-0001-6577-0063>;

d. <http://orcid.org/0000-0001-6459-7908>

Tabela 1. Características demográficas, clínicas e funcionais de pacientes com DPOC, além de uma comparação entre os critérios de 2016 e 2017 da *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* quanto à distribuição dos pacientes e à média do VEF₁.^a

Característica	(N = 303)
Sexo masculino	241 (79,5)
Idade, anos	67,5 ± 10,2
Idade ≥ 65 anos	186 (61,4)
Escolaridade ≤ 3 anos	89 (29,4)
Renda mensal < 530 €	197 (65,7)
Carga tabágica, anos-maço	49,3 ± 32,4
Pontuação ≥ 2 na mMRC	185 (61,1)
Pontuação ≥ 10 no CAT	152 (72,4)
≥ 2 episódios de EADPOC no ano anterior	115 (38,0)
VEF ₁ pós-broncodilatador, % do previsto	53,2 ± 19,7
GOLD 2016	
Grupo	
A	51 (16,8)
B	66 (21,8)
C	23 (6,6)
D	163 (53,8)
VEF ₁ , % do previsto, por grupo	
A	76,17 ± 14,20
B	65,76 ± 12,81
C	47,01 ± 14,98
D	41,78 ± 19,68
GOLD 2017	
Grupo	
A	70 (23,1)
B	120 (39,6)
C	7 (2,3)
D	106 (35,0)
VEF ₁ , % do previsto, por grupo	
A	66,67 ± 20,07
B	53,61 ± 17,45
C	59,20 ± 21,75
D	43,40 ± 16,02

^aValores expressos em forma de média ± dp ou n (%). mMRC: escala modificada do *Medical Research Council*; CAT: *COPD Assessment Test* (Teste de Avaliação da DPOC); EADPOC: exacerbação aguda da DPOC; e GOLD: *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*.

A ou B, para os quais o tratamento farmacológico proposto é significativamente diferente. Nossos dados são corroborados pelos de estudos anteriores. Um estudo recente comparou as versões de 2011 e 2017 da ferramenta de avaliação ABCD da GOLD em uma amostra composta por 1.532 pacientes com DPOC.⁽⁷⁾ Os autores observaram que aproximadamente 47% dos 1.070 pacientes que foram classificados nos grupos de maior gravidade quando foi usada a versão de 2011 foram reclassificados em grupos de menor gravidade quando foi usada a versão de 2017, o que resultou em diminuição da intensidade do tratamento. Tudoric et al.⁽⁸⁾ compararam os critérios de 2016 e 2017 da GOLD e demonstraram duas mudanças “verticais” na distribuição de pacientes com DPOC; mais de um terço dos pacientes foram reclassificados, do grupo D para o grupo B, quando foram aplicados os critérios de 2017.

As decisões médicas e o tratamento farmacológico podem mudar significativamente quando se usam instrumentos validados distintos, tais como questionários padronizados e diretrizes clínicas. A subestimação dos sintomas pode resultar em maior necessidade de medicação de resgate, menor qualidade de vida ou menor capacidade de exercício. Contudo, a transição da versão de 2016 para a versão de 2017 da ferramenta de avaliação ABCD da GOLD deverá ter um efeito significativo nas estratégias terapêuticas. A piora do prognóstico nos grupos A e B em virtude da maior média de limitação do fluxo aéreo provavelmente tornará mais grave qualquer exacerbação aguda. Por exemplo, a suspensão de corticosteroides inalatórios pode ser prejudicial em alguns desses pacientes.

Questionários padronizados, tais como o CAT e a mMRC, devem ser usados em conjunto, e os resultados devem complementar uma história clínica minuciosa.

As mudanças na classificação da gravidade da DPOC na versão de 2017 da ferramenta de avaliação ABCD

de GOLD devem ser aplicadas com cautela a fim de evitar o subtratamento.

REFERÊNCIAS

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) [homepage on the Internet]. Bethesda: GOLD [cited 2019 Jul 1]. GOLD 2017 Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD. Available from <http://goldcopd.org/gold-2017-global-strategy-diagnosis-management-prevention-copd/>
2. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP; et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: guidelines for reporting observational studies. *Int J Surg*. 2014;12(12):1495-9. <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2014.07.013>
3. Pellegrino R, Viegi G, Brusasco V, Crapo RO, Burgos F, Casaburi R, et al. Interpretative strategies for lung function tests. *Eur Respir J*. 2005;26(5):948-68. <https://doi.org/10.1183/09031936.05.00035205>
4. Miller MR, Hankinson J, Brusasco V, Burgos F, Casaburi R, Coates A, et al. Standardization of spirometry. *Eur Respir J*. 2005;26(2):319-38. <https://doi.org/10.1183/09031936.05.00034805>
5. Quanjer PH, Stanojevic S, Cole TJ, Baur X, Hall GL, Culver BH, et al. Multi-ethnic reference values for spirometry for the 3-95-year age range: the global lung function 2012 equations. *Eur Respir J*. 2012;40(6):1324-43. <https://doi.org/10.1183/09031936.00080312>
6. Rieger-Reyes C, García-Tirado FJ, Rubio-Galán FJ, Marín-Trigo JM. Classification of chronic obstructive pulmonary disease severity according to the new Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease 2011 guidelines: COPD assessment test versus modified Medical Research Council scale. *Arch Bronchoneumol*. 2014;50(4):129-34. <https://doi.org/10.1016/j.arbr.2014.03.003>
7. Sun L, Chen Y, Wu R, Lu M, Yao W. Changes in definition lead to changes in the clinical characteristics across COPD categories according to GOLD 2017: a national cross-sectional survey in China. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2017;12:3095-3102. <https://doi.org/10.2147/COPD.S142801>
8. Tudoric N, Koblizek V, Miravitlles M, Valipour A, Milenkovic B, Barczyk A, et al. GOLD 2017 on the way to a phenotypic approach? Analysis from the Phenotypes of COPD in Central and Eastern Europe (POPE) Cohort. *Eur Respir J*. 2017;49(4). pii: 1602518. <https://doi.org/10.1183/13993003.02518-2016>