



EXCLUINDO A DOENÇA CORONÁRIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE UMA ESCALA PREDITIVA SIMPLES

Bösner S, Haasenritter J, Becker A, Karatolios K, Vaucher P, Gencer B, et al. Ruling out coronary artery disease in primary care: development and validation of a simple prediction rule. *CMAJ* 2010 Sep 7;182 (12):1295-300.

Introdução

A precordialgia é uma queixa comum. A sua prevalência nos cuidados de saúde primários (CSP) varia entre os 0,7 e os 2,7%, sendo a doença coronária a causa em 12% dos casos. Os médicos de família (MF) são desafiados a identificar a doença cardíaca grave e, ao mesmo tempo, a proteger os doentes de investigações desnecessárias. O objectivo deste estudo foi desenvolver uma escala preditiva simples, válida e prática baseada em sintomas e sinais para ajudar os MF a excluir doença coronária nos doentes que se apresentam com precordialgia.

Métodos

Realizou-se um estudo transversal com referência tardia com 74 MF alemães. Estes recrutaram consecutivamente doentes com 35 ou mais anos com precordialgia como motivo de consulta ou que era descrita durante a consulta quando interrogados. O período de recrutamento durou 12 semanas em quatro fases entre Outubro de 2005 e Julho de 2006. Doentes com queixas de precordialgia há mais de um mês, dor torácica já investigada ou em consulta de seguimento por angina foram excluídos. Os médicos realizaram a história clínica e o exame na consulta inicial. Assistentes do estudo, sem conhecimento sobre a consulta inicial, contactaram os doentes por telefone seis semanas e seis meses depois, questionando sobre a evolução da queixa e tratamentos realizados. O painel de referência (constituído por um cardiologista, um MF e um membro da equipa de investigação do Departamento de Medicina Geral da Universidade de Marburg) reviu os dados iniciais e de seguimento de cada doente e decidiu se na altura da consulta inicial a doença coronária estava presente ou ausente (referência tardia).

Cada variável foi analisada relativamente à sua sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e negativo, *likelihood ratios* e *odds ratio* (OR) para o diagnóstico. Daqui seleccionaram-se as variáveis mais discriminativas, com as quais se realizou uma análise de regressão logística multivariáveis. A probabilidade de

haver uma doença coronária foi comparada entre doentes com e sem factores de risco calculando o OR com intervalo de confiança (IC) de 95%. A capacidade prognóstica permitiu discriminar entre doentes com e sem doença da artéria coronária pela análise da área abaixo da curva. Na validação externa foram usados dados do estudo TOPIC (*Thoracic Pain Community*) – estudo multicêntrico envolvendo doentes com precordialgia nos CSP.

Resultados

A amostra final incluiu 1199 doentes. A população da amostra tinha uma idade média de 59 anos, 56,1% eram do sexo masculino e 14,7% tinham doença cardiovascular conhecida. Destes 15% receberam o diagnóstico de referência tardia de doença coronária, incluindo 3,7% de síndrome coronária aguda (SCA). Na coorte de validação (n=672) os participantes tinham uma idade média de 55 anos, 12,6% tinham doença coronária, incluindo 1,5% com SCA. A regra de previsão final continha cinco determinantes – idade/sexo (mulher ≥ 65 , homem ≥ 55), doença vascular clínica conhecida, agravamento da dor com o esforço, dor não reprodutível com a palpação e o doente assumir que a dor é de origem cardíaca – e variava entre 0 e 5 pontos. Quando aplicada aos doentes na coorte de derivação, a área sob a curva foi 0,87 (IC 95% 0,83-0,89) e na de validação de 0,90 (IC 95% 0,87-0,93). Utilizando como ponto de corte três pontos (resultados positivos 3-5 pontos) a classificação tinha uma sensibilidade de 86,4% (IC 95% 78,5-91,7%), uma especificidade de 72,5% (IC 95% 71,8-78,3%), um valor preditivo positivo de 34,9% (IC 95% 29,3-40,9%), um valor preditivo negativo de 97,3% (IC 95% 95,5-98,4%). Quando aplicados à coorte de validação, a regra de previsão mostrou resultados consistentes.

Interpretação

O principal objectivo da escala preditiva foi oferecer aos médicos dos CSP uma ferramenta eficaz para excluir doença coronária em doentes de baixo risco com confiança suficiente para evitar a investigação desnecessária.



ria e enviar para o domicílio pessoas com precordialgia de origem cardíaca com falsa segurança. Um valor limite de três apresentou a melhor discriminação – sensibilidade de 87,1%, este valor significaria que uma em cada sete pessoas com precordialgia de origem cardíaca não seriam diagnosticadas. Contudo, como os CSP são um local de baixa prevalência, apenas 2% dos doentes que se apresentam com precordialgia seriam classificados inicialmente como negativos. O uso da «espera terapêutica» permitiria o diagnóstico de doença coronária posteriormente. As escalas anteriores, estudadas no serviço de urgência hospitalar, quando aplicadas a um local de baixa prevalência, mostram uma grande redução do poder preditivo da classificação.

Este estudo tem vários pontos fortes. Os testes diagnósticos avaliados foram escolhidos de acordo com os resultados de uma análise exploratória da prática dos médicos do CSP. Os procedimentos do estudo garantiram o recrutamento consecutivo de doentes da área urbana e rural. Um painel de referência independente reviu os dados de diagnóstico e realizou uma validação externa da escala

preditiva usando os dados de doentes um estudo semelhante, contudo de um país e sistema de saúde diferentes.

Dada a baixa prevalência de doença coronária nos CSP, considerou-se o uso da referência tardia como o mais adequado. Contudo, o painel frequentemente teve de tomar decisões com base num número limitado de exames, porque não foi pedido aos médicos para usar uma linha de investigação definida. Como resultado, a referência padrão do estudo não pode ser considerada perfeita. Apesar das restrições e o facto do estudo de validação ter sido feito num sistema de saúde e linguagem diferente, a escala provou ser robusta e comportou-se da mesma forma nas duas coortes.

Conclusões

Os resultados mostraram que o uso de uma escala preditiva simples baseada exclusivamente nos sintomas e sinais pode ajudar a excluir doença coronária em doentes com precordialgia nos CSP e prevenir investigações desnecessárias. A escala preditiva provou ser robusta através de validação interna e externa.

Comentário

O tema do artigo é interessante, pois a precordialgia é um sintoma frequente nos CSP. A causa subjacente inclui desde patologias que colocam em risco a vida até patologias benignas. Ao nível dos CSP apenas 10-34% dos casos se devem a patologia cardíaca, sendo a maioria de origem musculo-esquelética.¹ A Sociedade Europeia de Cardiologia considera a história clínica e o exame físico como ferramentas essenciais para o diagnóstico diferencial, se não existirem outros métodos disponíveis.¹ Os autores consideram o uso da electrocardiografia e o teste com troponina cardíaca de valor limitado nos CSP, o que é discutível. A Sociedade Europeia de Cardiologia recomenda, quando disponível, o ECG em repouso como o método de diagnóstico inicial da angina num doente com dor, já que este pode mostrar alterações dinâmicas de ST-T.¹ No estudo, o próprio painel de referência utilizou este método para estabelecimento de diagnóstico de SCA. A determinação dos níveis de troponina cardíaca (TnT) usando teste com alta sensibilidade nos CSP está a expandir. Estão a decorrer

ensaios na Europa e Canadá que poderão abrir uma possibilidade interessante para excluir os indivíduos em risco. Contudo, ainda são necessários mais estudos para determinar o valor de cut off a aplicar a este teste.²

Em conclusão, a escala preditiva elaborada neste estudo poderá ser utilizada na prática para ajudar a excluir a doença coronária em doentes com precordialgia que se apresentam nos CSP. Contudo, devemos ter em conta que deve ser utilizada apenas como uma ferramenta complementar, não esquecendo as outras ferramentas de diagnóstico.

Carla Carriço
Unidade de Saúde Familiar do Feijó

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Erhardt L, Hertz J, Bossaert L, Halinen M, Keltai M, Koster R, et al. Task force on the management of chest pain. *Eur Heart J* 2002 Aug; 23 (15): 1153-76.
2. Omland T, de Lemos J, Sabatine M, Christophi CA, Rice MM, Jablonski KA, et al. A sensitive cardiac troponin T assay in stable coronary artery disease. *N Engl J Med* 2009 Dec 24; 361 (26): 2538-47.