

Sinais clínicos podem identificar pacientes com risco aumentado para doença cardiovascular

Autores da tradução:

Pablo Gonzáles Blasco^I

Marcelo Rozenfeld Levites^{II}

João Prats^{III}

Sociedade Brasileira de Medicina de Família

QUESTÃO CLÍNICA

É possível identificar pacientes com risco aumentado para doença cardiovascular através de sinais clínicos sem a necessidade de fazer exames laboratoriais?

RESUMO

O escore de Cambridge para risco de diabetes mostrou menor acurácia do que o score de Framingham em predeterminar o risco cardiovascular em adultos na Inglaterra. No entanto, o escore Cambridge é atrativo porque não requer o uso de exames laboratoriais e poderia ser útil como um possível guia para posteriores testes e estratificação de risco.¹

Nível de evidência: 2b = coorte prospectivo.

DESENHO DO ESTUDO

Coorte prospectivo observacional.

FINANCIAMENTO

Governo do Reino Unido, União Europeia.

CASUÍSTICA

Foram incluídos 21.867 participantes (9.602 homens e 12.265 mulheres) com idade entre 40 e 74 anos que não tinham diabetes nem doença cardiovascular (DCV). Estes eram participantes de um grande estudo epidemiológico, o EPIC-Norfolk (European Prospective Investigation of Cancer-Norfolk).

DESCRIÇÃO

Os participantes foram acompanhados por 11 anos. No começo do estudo, cada pessoa foi interrogada sobre o histórico de doenças pessoais ou familiares, uso de medicações, estilo de

vida, incluindo hábito de fumar. Foi perguntado se eles já tinham ouvido falar que eles tinham diabetes ou que haviam tido infarto ou derrame. Também foram feitas medidas antropométricas, de pressão arterial e medidas de glicemia. Os pesquisadores usaram os dados do Serviço de Saúde Nacional inglês (National Health Service, NHS) e o registro nacional de mortes para seguir cada participante até a ocorrência de um evento cardiovascular (CV) ou até a morte. Foram acompanhados e estudados prontuários completos de 95% dos pacientes e dados de mortalidade de mais de 99%.

Usando a informação coletada, os pesquisadores estimaram o escore de Framingham (que necessita de medidas de colesterol sérico) e o escore de Cambridge (que não necessita de exames laboratoriais). Os autores conheciam os resultados de ambos os escores dos pacientes. O escore de Framingham utiliza as variáveis idade, gênero, tabagismo, diabetes, pressão sistólica, colesterol total e lipoproteína de alta densidade (*high-density lipoprotein*, HDL). O escore Cambridge utiliza as variáveis idade, gênero, tabagismo, história familiar de diabetes, uso de corticoide, uso de anti-hipertensivos e índice de massa corpórea (IMC). Os pesquisadores calcularam a área sob a curva ROC (*receiver operating characteristics*) para cada modelo de predeterminação de risco. Uma área sob a curva que se aproxima de 1 reflete maior eficácia diagnóstica. Em uma amostra de 21.867 pessoas/ano de acompanhamento, 2.213 adultos tiveram um evento CV e 328 morreram. A área sob a curva do escore de Cambridge (0,72) foi um pouco menor do que a de Framingham (0,77). Entretanto, o escore de Framingham superestimou o risco de um evento CV (estimativa de 16,2% eventos comparada com 10,1% de frequência de eventos verdadeiros).

^I Médico, doutor em Medicina, diretor científico e membro-fundador da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

^{II} Médico diretor da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

^{III} Estudante de Medicina do quinto ano da Faculdade de Medicina da Fundação Lusíada.

A ESTRATÉGIA

Os autores concluem que a estratégia utilizando o escore Cambridge foi menos sensível (54% *versus* 66%, mas foi mais específica (81% *versus* 74% quando comparada com a estratégia utilizando o escore de Framingham, considerando-se todos os *cut-offs* simultaneamente. A taxa de falso negativo foi similar nas duas amostras (6% e 5%).

COMENTÁRIOS

Não houve mascaramento dos avaliadores dos escores quanto ao resultado do escore aplicado anteriormente e esse fato pode ter influenciado negativa ou positivamente os resultados deste estudo. Assim, apesar dos resultados encontrados, ainda são necessários estudos transversais de acurácia e longitudinais de coorte para avaliar a acurácia e o papel deste novo escore clínico como preditor de risco de doença cardiovascular.

REFERÊNCIA

1. Chamnan P, Simmons RK, Hori H, et al. A simple risk score using routine data for predicting cardiovascular disease in primary care. *Br J Gen Pract.* 2010;60(577):e327-34.

EDITORES RESPONSÁVEIS POR ESTA SEÇÃO

Pablo Gonzáles Blasco. Médico de família, doutor em Medicina, diretor científico e membro-fundador da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

Marcelo Rozenfeld Levites. Médico de família e diretor da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

INFORMAÇÕES

Tradução e adaptação:

Sobramfa (Sociedade Brasileira de Medicina de Família)

Rua Sílvia, 56

Bela Vista – São Paulo (SP)

CEP 01331-000

Tel. (11) 3253-7251/3285-3126

E-mail: sobramfa@sobramfa.com.br

<http://www.sobramfa.com.br>

Data de entrada: 8 de novembro de 2010

Data da última modificação: 24 de janeiro de 2011

Data de aceitação: 31 de janeiro de 2011

Responsável pela edição desta seção: Sobramfa

