

Qualidade das Cartas de Referenciação dos Cuidados de Saúde Primários de Doentes com Dor Torácica para Consulta Hospitalar de Cardiologia

Tese para obter o grau de Mestre em Medicina

Artigo Original

Ana Filipa Moreira Duarte

Orientador:

Professor Doutor Henrique Cyrne Carvalho

Coorientador:

Dr. Mário Silva Santos

Porto, julho 2015

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Henrique Cyrne Carvalho, pela referência que se constituiu no meu percurso académico, por me ter facultado a oportunidade de realização deste projeto e pela disponibilidade sempre manifestada.

Ao Dr. Mário Santos, por me ter proposto um tema tão aliciante e que não podia ser mais adequado ao meu gosto particular pela Cardiologia, mas também pelos cuidados de saúde primários, pelo apoio e incentivo constantes e pela certeza que sempre revelou acerca do potencial deste trabalho.

À Dra. Filomena Oliveira, ao Dr. Vasco Dias e ao Engenheiro Ricardo Fragoso pela disponibilidade demonstrada na execução deste projeto.

Ao Tiago Mendes, pelas palavras de confiança e força nos momentos menos bons.

Aos meus pais, pelo apoio incondicional.

Índice

Agradecimentos	ii
Artigo Original	2
<i>Lista de tabelas</i>	3
<i>Lista de figuras</i>	4
<i>Lista de siglas e abreviaturas</i>	5
<i>Abstract</i>	6
<i>Resumo</i>	7
<i>Introdução</i>	8
<i>Métodos</i>	9
<i>Resultados</i>	11
<i>Discussão</i>	14
<i>Referências</i>	17

Artigo Original

*Qualidade das Cartas de Referenciação dos Cuidados de Saúde Primários de
Doentes com Dor Torácica para Consulta Hospitalar de Cardiologia*

Lista de tabelas

Tabela I - Características dos doentes referenciados	11
Tabela II - Informação clínica descrita nas cartas de referenciação	12
Tabela III – Prioridade atribuída à marcação de consulta em relação com o Score de qualidade das cartas de referenciação	13

Lista de figuras

Figura 1 - Score das cartas de referenciação e sua distribuição percentual.....13

Lista de siglas e abreviaturas

CPM, cintigrafia de perfusão miocárdica

CR, carta(s) de referenciação

CHP, Centro Hospitalar do Porto

CSP, cuidados de saúde primários

DM2, diabetes mellitus tipo 2

ECD, exames complementares de diagnóstico

ECG, eletrocardiograma

ETT, ecocardiograma transtorácico

FRCV, fatores de risco cardiovasculares

HTA, hipertensão arterial

MeMGF, médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar

PE, prova de esforço

SAM, Serviço de Apoio ao Médico

Abstract

BACKGROUND: In Portugal, the patients with chest pain are assessed by a primary care physician and, if necessary, they are later referred to hospital appointments through electronic referral letters. The quality of these letters that represent the main means of communication between health primary care and hospitals, can decisively influence these patients outcomes.

OBJECTIVES: The main goal of our study was to describe the quality of the referral letters from patients with chest pain to Cardiology in Centro Hospitalar do Porto and evaluate their impact in assessing the priority given to the appointment scheduling.

METHODS: We retrospectively studied a convenience sample of referral letters to Cardiology outpatient department for 9 months. The referral letters were characterized according to the description of symptoms, the risk factors for cardiovascular disease, the medical prescription and the complementary diagnostic exams made in outpatient care. We built a quality score of referral letters and we evaluated the priority attributed to each by examining the time of appointment delay.

RESULTS: Only 53% of the referral letters were given a score of 4 (good/excellent quality). The exertional nature of chest pain as well as the reference to chronic medication were the items more often missing. A little more than half of the patients (53%) were prescribed with an antiplatelet and only 33% have made an electrocardiogram in outpatient care. No relationship between the quality of the referral letters and the median time to Cardiology appointment was found.

CONCLUSIONS: The referral letters of chest pain patients from primary care to Cardiology outpatient department have shown a suboptimal quality due to the lack of important clinical information. Nevertheless, we did not find any association between the quality of the referral letters and the priority attributed to Cardiology appointment scheduling. .

Keywords: Referral letters; primary care; general practice; cardiology; chest pain

Resumo

INTRODUÇÃO: Em Portugal, os doentes com dor torácica não aguda são avaliados por médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar nos cuidados de saúde primários (CSP) e, se necessário, posteriormente referenciados a consultas hospitalares através de cartas eletrónicas. A qualidade destas cartas que representam o principal meio de comunicação entre CSP e hospitais pode influenciar decisivamente o prognóstico destes doentes.

OBJETIVOS: O objetivo do nosso estudo foi caracterizar a qualidade das cartas de referenciação (CR) de doentes portadores de dor torácica para a especialidade de Cardiologia do Centro Hospitalar do Porto (CHP) e avaliar o seu impacto na determinação do nível de prioridade atribuída.

MÉTODOS: Analisámos retrospectivamente uma amostra de conveniência de CR dos CSP à Consulta Externa de Cardiologia do CHP durante um período de 9 meses. As CR foram caracterizadas quanto à descrição do sintoma, dos fatores de risco cardiovasculares, da medicação prescrita e dos exames complementares de diagnóstico realizados em ambulatório. Construímos um *Score* de qualidade das CR e avaliamos a priorização relativa dada a cada doente através da demora da marcação da consulta.

RESULTADOS: Apenas 53% das cartas obtiveram um *score* superior a 4 (boa/excelente qualidade). A descrição da relação da dor com o esforço e a referência à medicação crónica dos doentes foram os elementos mais vezes em falta. Pouco mais de metade dos doentes (55%) estavam medicados com um anti-agregante plaquetário e apenas 33% realizaram eletrocardiograma em ambulatório. Não encontramos correlação entre a qualidade das cartas de referenciação e o tempo de médio de marcação de consulta.

CONCLUSÕES: As CR de doentes com dor torácica dos CSP para consulta hospitalar de Cardiologia apresentam uma qualidade subótima devido à falta de descrição de informação clínica relevante. Contudo, não encontramos relação entre a qualidade das CR e o tempo de marcação de consulta.

Palavras-chave: cartas de referenciação; cuidados de saúde primários; Medicina Geral e Familiar; Cardiologia; dor torácica

Introdução

A dor torácica é um sintoma muito comum e constitui um motivo frequente de consulta médica (1). Pode ser causada por múltiplas patologias, desde benignas ou autolimitadas, como dor da parede torácica de componente muscular ou ansiedade, a graves, como a doença coronária que representa uma das principais causas de morte nos países desenvolvidos. A elevada prevalência da dor torácica, o espectro etiológico alargado e as diferentes implicações terapêuticas e prognósticas tornam complexa e, necessariamente, multidisciplinar a abordagem clínica destes doentes.

Em Portugal, tal como noutros países (2), os doentes com dor torácica não aguda são inicialmente avaliados nos cuidados de saúde primários (CSP) por médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar (MeMGF). Uma parte destes doentes é referenciada aos cuidados de saúde especializados (3), frequentemente, de Cardiologia. Em Portugal, esta referenciação é feita através da elaboração de cartas em suporte eletrónico que constituem o principal meio de comunicação entre cuidados de saúde primários e secundários. Trata-se de uma etapa crucial, uma vez que o seu conteúdo influenciará a escolha daqueles que serão consultados por um especialista e qual a sua priorização. Desse modo, doentes a necessitar de uma avaliação cardiológica breve que são referenciados com cartas incompletas poderão não ser triados como “urgentes” e o seu agendamento ser protelado, com conseqüente atraso no diagnóstico e terapêutica (2) (4). A escassez de informação das cartas de referenciação (CR) e a baixa satisfação dos médicos hospitalares em relação às mesmas já foram descritas (5). A ausência de um diagnóstico provável, ou pelo menos uma suspeita de diagnóstico que se deseja excluir, a não instituição de tratamento prévio, a ausência da descrição dos resultados de testes diagnósticos já efetuados, a não explicitação de antecedentes pessoais de relevo, entre outras, são algumas das importantes lacunas encontradas (6). Esta deficiente comunicação entre duas organizações do mesmo sistema de saúde pode também gerar ineficiência pela repetição de exames já realizados ou instituição de terapêutica que já provou ser ineficaz (5).

Apesar da importância crítica desta etapa na avaliação dos doentes, é escassa a investigação nesta área (5). Não existem estudos publicados que caracterizem a qualidade das CR em Portugal, nem tampouco as conseqüências dessa qualidade na avaliação dos doentes. O objetivo do nosso trabalho foi caracterizar a qualidade das CR para a especialidade de Cardiologia do Centro Hospitalar do Porto (CHP), de doentes que se apresentaram com dor torácica nos CSP e avaliar o seu impacto na determinação do nível de prioridade atribuída.

Métodos

Desenho do Estudo

Analisamos uma amostra de conveniência de CR dos CSP à Consulta Externa de Cardiologia do CHP durante um período definido arbitrariamente de 9 meses (todos os doentes referenciados pelos CSP e com primeira consulta de Cardiologia de 1 de janeiro a 30 de setembro de 2014). O acesso às CR foi realizado através da aplicação informática *Serviço de Apoio ao Médico* (SAM). A caracterização da população estudada (fatores de risco cardiovasculares (FRCV), medicação prescrita e exames complementares de diagnóstico (ECD) realizados nos CSP) foi feita através dos registos clínicos eletrónicos da primeira consulta de Cardiologia. O estudo foi autorizado pela Comissão de Ética para a Saúde do CHP (Ref. 2014.240 (178-DEFI/203-CES)).

Cartas de Referenciação

Foram analisadas apenas as CR em que o sintoma predominante descrito pelo MeMGF era a dor torácica. Foram excluídas aquelas que descreviam apenas queixas compatíveis com equivalentes anginosos como dispneia ou fadiga de esforço. Foram colhidos dados administrativos (data do pedido de referenciação, data da primeira consulta), demográficos (idade, sexo) e clínicos (FRCV, características da dor, medicação e resultados de ECD realizados). Os FRCV considerados foram os seguintes: hipertensão arterial (HTA), dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2 (DM2), obesidade, tabagismo, consumo excessivo de álcool e história familiar de patologia cardíaca. Pesquisámos as seguintes características da dor torácica: localização ou tipo, irradiação, duração do episódio, relação com o esforço e resposta aos nitratos. Relativamente à medicação e posologia prescrita ao doente referenciado, procuramos informação sobre anti-agregante plaquetário, estatina, nitrato ou beta-bloqueador. Foi registada a menção (presença ou ausência) dos resultados dos seguintes ECD: eletrocardiograma (ECG), prova de esforço (PE), ecocardiograma transtorácico (ETT), cintigrafia de perfusão miocárdica (CPM).

Score de qualidade das cartas de referenciação

Com o objetivo de quantificar a informação contida nas CR de um doente com dor torácica, foi considerada fundamental a presença dos seguintes dados no conteúdo da carta: 1) localização ou tipo da dor, 2) relação da dor com o esforço, 3) informação sobre os FRCV, 4) medicação crónica do doente, 5) resultado de ECD (ECG, ETT, PE ou CPM). Foi atribuído o valor de 1 à presença de informação sobre cada um destes aspetos, de forma que o score varia de 0 (má qualidade) a 5 (excelente qualidade).

Prioridade da consulta

Quantificamos a prioridade atribuída a cada pedido de consulta pelo número de dias decorridos entre a chegada da carta de referenciação e data de realização da consulta de Cardiologia.

Análise estatística

As variáveis qualitativas foram expressas em percentagens e as variáveis quantitativas sob média \pm desvio-padrão. Os parâmetros qualitativos foram comparados com o teste de *Qui quadrado* e os parâmetros quantitativos com o teste t de *Student*. O teste one-way ANOVA com a correção de Bonferroni foi usado para comparações entre grupos múltiplos. Na análise considerou-se resultado estatisticamente significativo se valor de $p < 0.05$. A análise estatística foi efetuada utilizando o software STATA 12.1 (Stata Corp LP, College Station, TX).

Resultados

Caracterização da população

Avaliamos 157 doentes referenciados à consulta externa de Cardiologia do CHP por dor torácica, com idade média de 65 ± 13 anos, sendo que 55% eram homens. Os FRCV mais prevalentes eram a HTA (66%) e a dislipidemia (64%). 55% dos doentes estavam medicados com um anti-agregante plaquetário. O ETT foi o ECD mais frequentemente realizado no âmbito dos CSP (70%). A restante caracterização da população estudada está presente na Tabela I.

Tabela I - Características dos doentes referenciados

N = 157	
Dados demográficos	
Idade, anos	65±13
Sexo feminino, %	45
FRCV, %	
HTA	66
DM2	37
Dislipidemia	64
Tabagismo	31
Consumo excessivo de álcool	8
Obesidade	18
História familiar de patologia cardíaca	11
Medicação, %	
Anti-agregação plaquetária	55
Estatina	68
Beta-bloqueador	52
Nitrato	28
ECDs, %	
ECG	33
ETT	70
PE	51
CPM	19

Caracterização das cartas de referenciação

Foram vários os dados afetos às CR que avaliamos e que podem ser observados na Tabela II. Relativamente à descrição da dor torácica, verificou-se que a duração e irradiação da dor são as características menos descritas (15% e 20%, respetivamente). A listagem da medicação crónica foi referida em 59% dos doentes, sendo que desses, 43% apresentavam posologia. No que diz respeito aos ECD realizados em ambulatório, pudemos constatar que o resultado do ECG foi apresentado em 24% dos doentes. Dentro dos testes funcionais, 44% das CR apresentavam PE e 19% CPM. O exame mais vezes descrito foi o ETT (51%).

Quanto ao *Score* das CR, pudemos constatar que 3% das mesmas obtiveram um *score* de 1 (má qualidade), sendo que *score* de 5 (excelente qualidade) foi verificado em 28% das cartas. Os *scores* intermédios podem ser lidos na Figura 1.

Tabela II - Informação clínica descrita nas cartas de referenciação

Informação clínica	%
FRCV	75%
Tipo/Localização de dor	85%
Duração	15%
Relação com esforço	58%
Irradiação	20%
Resposta aos nitratos	5%
Medicação	59%
Posologia	43%
ECG	24%
ETT	51%
PE	44%
CPM	12%

Score das cartas de referenciação (%)

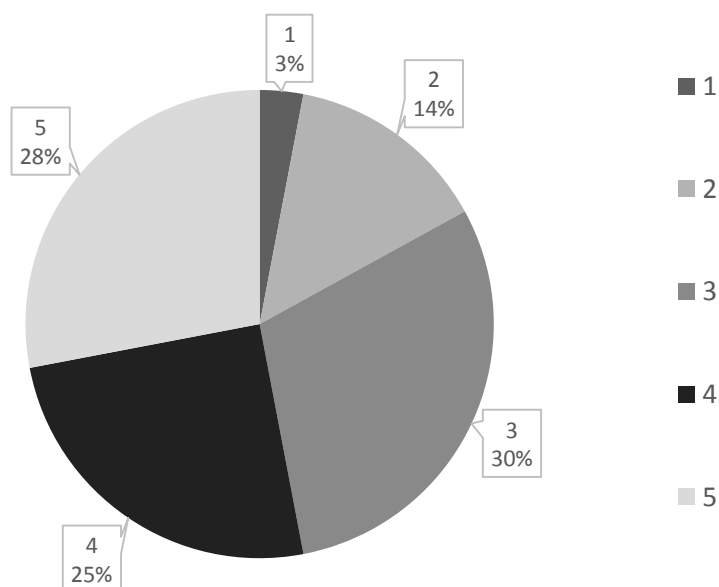


Figura 1 - Score das cartas de referenciação e sua distribuição percentual

Relação entre qualidade das cartas de referenciação e prioridade atribuída à marcação de consulta

O tempo de espera mediano entre a chegada da CR e a primeira consulta foi de 42 [28-65] dias. Os tempos de espera dos doentes por *score* de qualidade da respetiva CR estão expressos na Tabela III. Não se observaram diferenças estatisticamente significativas nos tempos de espera ($p = 0.41$) entre os diferentes grupos classificados pelo *Score*.

Tabela III – Prioridade atribuída à marcação de consulta em relação com o *Score* de qualidade das cartas de referenciação

Score	Dias*
1	37 [29-71]
2	49 [36-70]
3	43 [33-65]
4	44 [22-19]
5	36 [22-56]

* Resultados em Mediana e intervalo interquartil.

Discussão

A avaliação de CR de doentes com dor torácica dos cuidados de saúde primários para uma consulta hospitalar de Cardiologia mostrou lacunas importantes na informação clínica destes doentes desde a caracterização do sintoma até à descrição dos exames complementares de diagnóstico realizados. Contudo, não encontramos diferenças na prioridade atribuída à marcação de consulta entre CR com diferentes níveis de qualidade (Tabela III).

A avaliação da informação clínica contida nas cartas permitiu-nos verificar que a relação da dor com o esforço foi descrita em pouco mais de metade das cartas (58%) e a medicação crónica referida em apenas 59% das mesmas. Relativamente aos FRCV cuja avaliação é importante na definição da estratégia diagnóstica, apenas 75% das cartas os descreveram (Tabela II).

Construímos um *Score* com o objetivo de sintetizar de forma quantitativa a qualidade global das CR (Figura 1). Apenas 53% das cartas obtiveram um *score* superior a 4 (boa/excelente qualidade). Estes dados são melhores do que os observados num estudo holandês que avaliou a adesão dos MeMGF às *guidelines* de referenciação de doentes com síndromes de dor torácica estável; nesse trabalho foi constatado que apenas 23% dessas cartas estavam completas (1). Para além de serem estudos realizados em países diferentes, uma outra possível explicação para a diferença encontrada entre estes resultados, poderá estar relacionada com o estabelecimento de um maior número de critérios para considerar uma CR “completa”, nomeadamente a incorporação da descrição do exame físico.

Relativamente à medicação previamente instituída aos doentes pelo MeMGF, pudemos observar que pouco mais de metade dos doentes (55%) estavam medicados com um anti-agregante plaquetário e 68% com estatina (Tabela I). A idade e FRCV prevalentes na amostra de população estudada, em conjunto com a presença de dor torácica tornam significativa a probabilidade pré-teste de doença coronária. Dessa forma, seria expectável que a percentagem de doentes medicados com anti-agregante plaquetário e estatina fosse maior. Um outro estudo, em Birmingham, que também avaliou a qualidade das CR em Cardiologia, confrontou-se com resultados idênticos, em que a maioria dos doentes referenciados (56%) não tinha recebido tratamento prévio (6).

No que concerne à realização e descrição de ECD prévios à referenciação, dois aspetos são merecedores de discussão. Primeiro, apenas 33 % realizaram ECG (Tabela I). O ECG é um exame de primeira linha na abordagem dos doentes com dor torácica pois para além do valor diagnóstico, altera a probabilidade pré-teste de doença

coronária e pode orientar de forma decisiva a escolha do teste funcional de isquemia a realizar (ex.: contra-indicação para realização de PE na presença de um bloqueio de ramo esquerdo). Em segundo lugar, verificou-se que a realização um teste funcional de isquemia também foi realizado em cerca de metade (51%) dos doentes (PE) e em 19% a CPM (Tabela I). Este padrão reflete provavelmente a diferente acessibilidade e familiaridade do MeMGF com as diferentes modalidades funcionais de deteção de isquemia. Este tipo de exame, para além do seu valor diagnóstico, permite estimar a gravidade da doença coronária e orientar o plano terapêutico (7).

Ao invés do que se seria de esperar, não se verificou uma associação entre a qualidade das cartas e a prioridade atribuída aos doentes, ou seja, as cartas cujo *score* foi baixo não estão associadas a um atraso do agendamento da consulta. No CHP em concreto, sabemos que a equipa de triagem prioriza todos os doentes com suspeita mínima de doença coronária, mesmo que a informação descrita nas cartas seja parca. É feita uma comunicação ao MeMGF que enviou o pedido, no sentido de alertar para a falta de dados importantes, no entanto, o doente tem já consulta agendada. Outro aspeto que pode explicar esta ausência de correlação, é o facto de o número de médicos disponível ser suficiente para responder à quantidade de pedidos, de forma que não seja necessária uma priorização mais seletiva. Não podemos excluir que um viés de seleção esteja a contribuir para a ausência desta relação dado que avaliamos cartas de doentes aceites para consulta de Cardiologia.

Com intuito de melhorar a qualidade e uniformizar as CR, poderia ser útil a criação de um formulário na atual plataforma eletrónica para ser preenchido pelo MeMGF no momento da realização do pedido de consulta. Esse formulário deveria listar as características relativas à dor torácica e os antecedentes do doente que foram avaliados neste trabalho, por considerarmos ser os mais importantes. Estudos já realizados utilizaram um programa informático de referenciação, cada qual com as suas especificações e portanto, diferentes de estudo para estudo. No entanto, todos eles implicavam a ação do MeMGF que era convidado a preencher vários campos com os elementos de referenciação considerados básicos (4) (8) (9). Após a introdução de um desses exemplos de *software* médico, foi constatado um aumento substancial da quantidade de informação relevante contida nas cartas, com uma diferença média de 37% (4). Num outro estudo semelhante, quando uma ferramenta eletrónica de referenciação foi usada, os doentes do grupo de intervenção foram significativamente mais propensos a relatar que os especialistas tinham recebido informação pertinente antes da sua visita (8). A realização de reuniões regulares entre médicos hospitalares e MeMGF no sentido de obter uma melhoria na qualidade da referenciação e na

cooperação entre ambos poderá ter efeitos benéficos, tal como sustenta um estudo acerca do processo de referenciação médica na Noruega (5).

São várias as limitações que devem ser consideradas na interpretação dos nossos resultados. Para além do tamanho pequeno da amostra, este estudo é unicêntrico, pelo que a extrapolação para outras realidades hospitalares deve ser prudente. Não há nenhum instrumento validado para avaliar a qualidade das CR do doente com dor torácica. Contudo, tentámos contornar isso através da descrição detalhada do conteúdo das cartas e da criação de um *Score* que pudesse quantificar a qualidade. Um outro aspeto importante relaciona-se com a grande heterogeneidade clínica dos doentes com dor torácica, daí que a informação necessária a transmitir possa variar. Contudo, selecionamos a informação básica consensualmente considerada importante e aplicável na maioria dos casos de dor torácica.

Em conclusão, as CR de doentes com dor torácica dos CSP para consulta hospitalar de Cardiologia apresentam uma qualidade subótima devido à falta de descrição de informação clínica relevante. São necessários mais estudos sobre as suas implicações clínicas e sobre o impacto de estratégias que promovam a melhoria da qualidade deste importante veículo de comunicação entre cuidados de saúde primários e secundários.

Referências

1. Esselink AC, de Ruyter AMH, Daniëls MCG. Application of NHG guidelines in patients referred for stable chest pain syndromes. *Neth Heart J Mon J Neth Soc Cardiol Neth Heart Found*. Abr 2010; 18(4):178–82.
2. Jiwa M, Arnet H, Bulsara M, Ee HC, Harwood A. What is the importance of the referral letter in the patient journey? A pilot survey in Western Australia. *Qual Prim Care*. 2009; 17(1):31–6.
3. Hartveit M, Thorsen O, Biringer E, Vanhaecht K, Carlsen B, Aslaksen A. Recommended content of referral letters from general practitioners to specialised mental health care: a qualitative multi-perspective study. *BMC Health Serv Res*. 2013; 13(1):329.
4. Jiwa M, Dhaliwal S. Referral Writer: preliminary evidence for the value of comprehensive referral letters. *Qual Prim Care*. 2012; 20(1):39–45.
5. Martinussen PE. Referral quality and the cooperation between hospital physicians and general practice: The role of physician and primary care factors. *Scand J Public Health*. 1 Dez 2013; 41(8):874–82.
6. Bodek S, Ghori K, Edelstein M, Reed A, Macfadyen RJ. Contemporary referral of patients from community care to cardiology lack diagnostic and clinical detail: Contemporary Referral of Patients. *Int J Clin Pract*. 2 Mai 2006; 60(5):595–601.
7. Gibbons RJ, Balady GJ, Bricker JT, Chaitman BR, Fletcher GF, Froelicher VF, et al. ACC/AHA 2002 guideline update for exercise testing: summary article. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Update the 1997 Exercise Testing Guidelines). *J Am Coll Cardiol*. 16 Out 2002; 40(8):1531–40.
8. Gandhi TK, Keating NL, Ditmore M, Kiernan D, Johnson R, Burdick E, et al. Improving Referral Communication Using a Referral Tool Within an Electronic Medical Record. In: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, Grady ML, editors. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol 3: Performance and Tools)* [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 [citado 2 Abr 2015]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43671/>

9. Jiwa M, Skinner P, Coker AO, Shaw L, Campbell MJ, Thompson J. Implementing referral guidelines: lessons from a negative outcome cluster randomised factorial trial in general practice. *BMC Family Practice*. Nov 2006; 7:65.