



FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO
GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO
INTEGRADO EM MEDICINA**

BRUNO FILIPE MARIANO FERNANDES

***PREDITORES DE ATRASO DE
REFERENCIAÇÃO A CONSULTA DE
ARTRITE PRECOCE***

PROJECTO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE REUMATOLOGIA

TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:

ORIENTADOR: PROFESSOR DOUTOR JOSÉ ANTÓNIO PEREIRA DA SILVA

CO-ORIENTADOR: DR. CÁTIA CRISTINA MARQUES DUARTE

FEVEREIRO /2013

RESUMO

Objetivo: Avaliar os fatores preditores de atraso de referenciação a uma Consulta de Reumatologia-Artrite Precoce.

Métodos. 45 doentes consecutivos referenciados à Consulta de Artrite Precoce do Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, durante o ano de 2013, nos quais foi identificada artrite, foram incluídos. Foram avaliados os tempos de atraso aos seguintes níveis: 1) Global, 2) “Nível do doente”, 3) “Nível dos cuidados de Saúde”. Variáveis socio-demográficas e clínicas foram colhidas através de questionário standardizado e revisão de processo único. Fatores preditores de atraso com $p < 0,1$ na análise univariada foram incluídos no modelo de regressão logística.

Resultados: Os doentes foram referenciados, em média $27,7 \pm 44,58$ meses após o início dos sintomas, sendo esse atraso devido sobretudo ao atraso de referenciação após avaliação inicial nos cuidados de saúde ($25,2$ meses ($\pm 44,27$) meses). O único fator independente preditor de atraso de referenciação foi a Velocidade de Sedimentação.

Conclusão. Este estudo permitiu verificar que existe um grande atraso na referenciação de doentes com artrite, ultrapassando o atualmente referenciado. O principal atraso corresponde ao atraso de referenciação, sugerindo a necessidade de aumentar a formação e divulgação no sentido de melhorar e acelerar a referenciação destes doentes.

PALAVRAS-CHAVE: Artrite Precoce, Preditores de atraso, Referenciação, Atraso no Diagnóstico.

ABSTRACT:

Objective: To evaluate predictors of late referral to a consultation of Rheumatology, Early Arthritis

Methods: 45 consecutive patients referred to the Referral to the Early Arthritis Rheumatology Service of the Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, during the year 2013, in which arthritis was identified, were included. The delay times were evaluated at the following levels: 1) Global, 2) "Level of the patient", 3) "Level Health Care." Socio-demographic and clinical variables were collected by standardized questionnaire and chart review. Delay predictors with $p < 0.1$ in univariate analysis were included in the logistic regression model.

Results: Patients were referred, on average 27.7 ± 44.58 months after the onset of symptoms, and this delay mainly due to delayed referral after initial assessment in health care (25.2 months (± 44.27) months) . The only independent predictor of late referral was the Erythrocyte Sedimentation Rate (ESR).

Conclusion: This study showed that there is a significant delay in referral of patients with arthritis, surpassing the currently referenced. The main delay corresponds to the delay referral, suggesting the need for increased training and dissemination to improve and expedite the referral of these patients.

KEYWORDS: Early arthritis, Predictors of delay, Referral, delay in Diagnosis.

INTRODUÇÃO:

A Artrite é um processo inflamatório articular, com diversas etiologias, sendo a Artrite Reumatoide (AR) a mais comum afetando 1% da população geral. A AR é caracterizada por uma destruição articular condicionado um declínio funcional e incapacidade, assim como de aumento da mortalidade (1)

A evidência acumulada tem demonstrado que o tratamento precoce com fármacos modificadores da doença conduz a um melhor prognóstico (3,4). A instituição de tratamento precoce é dependente da identificação e referenciação precoce destes doentes. O impacto do atraso da referenciação na evolução da doença, foi avaliado por van der Linden e a sua equipa, evidenciando que os doentes cuja referenciação era ≥ 12 semanas desde o início dos sintomas apresentavam maior dano radiológico, independentemente do tratamento instituído (5).

Desta forma, o período dentro do qual se pretende iniciar o tratamento dos doentes com artrite recém-diagnosticada, a chamada “janela de oportunidade”, tem vindo a estreitar-se progressivamente desde os anos 80. Para que este objetivo seja alcançado, é necessário que estes doentes sejam referenciados rapidamente a uma Consulta de Reumatologia.

O atraso em receber cuidados de Reumatologia adequados, incluindo tratamento com DMARD's, tem sido documentado em diversos estudos (5-10), tendo alguns como objetivo identificar fatores que possam estar associados a um maior atraso na referenciação (5, 8-10).

Genericamente, o atraso na referenciação pode ocorrer a diversos níveis (9,11). O primeiro, a “nível do doente” corresponde ao atraso desde o início dos sintomas até a

procura de cuidados de saúde. Características pessoais, incapacidade decorrente da artrite, forma de instalação e conhecimento prévios sobre artrite podem influenciar este período. O segundo nível, corresponde ao atraso que decorre desde que o doente procura os cuidados de saúde, normalmente os cuidados de saúde primários, até ao momento que é referenciado a uma consulta de Reumatologia. Um terceiro nível, que ocorre a nível das Clínicas de Reumatologia, e que corresponde ao período que decorre desde a referência do doente até à primeira consulta de Reumatologia, pode ser influenciado por questões logísticas da clínica e à informação fornecida pelo médico referenciador que permitirá ou não “triar” o doente como um caso prioritário (9,11).

Quanto aos fatores preditores de atraso de referência, os resultados não têm sido concordantes. Um estudo conduzido por van der Linden, mostrou que o atraso na referência é superior nos doentes do sexo feminino, idosos, envolvimento inicial de pequenas articulações e instalação progressiva. Contrariamente, doentes com elevação de Proteína C-Reativa (PCR) ou Fator Reumatoide positivo (FR) eram referenciados mais precocemente (5). Feldman et al encontraram que entre os doentes com Artrite Reumatoide referenciados a uma consulta de reumatologia, mulheres jovens, elevado nível socio-económico e aqueles com mais co-morbilidades são os que apresentam menor atraso (8). Kumar et al, num estudo conduzido no Reino Unido, apenas identificaram a presença de fator reumatoide como preditor de menor atraso de referência (9).

A identificação do atraso de que decorre desde o início dos sintomas até que o doente inicia o seu acompanhamento nos diferentes níveis acima e a identificação dos fatores associados é fundamental para que se criem políticas de educação quer dirigidos à comunidade em geral quer aos Médicos de Cuidados de Saúde Primários no sentido de

minimizar o atraso de referência dos doentes e a melhoria de comunicação entre os profissionais de saúde e se criem medidas que aumentem a capacidade de resposta das Clínicas de Reumatologia.

Com este estudo, pretendemos caracterizar o atraso na referência dos doentes com artrite referenciados a uma Consulta de Reumatologia num Hospital Terciário, nos diferentes níveis. Este estudo tem ainda como objetivo identificar os fatores que possam estar associados a um maior atraso de referência global, nível do doente e a nível dos Cuidados de Saúde Primários.

MATERIAIS E MÉTODOS

População:

Doentes consecutivos referenciados à Consulta de Artrite Precoce do Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, durante o ano de 2013, nos quais foi identificada a presença de Artrite por um Reumatologista foram convidados a participar neste estudo. Os doentes seriam excluídos se não soubessem ler ou interpretar português ou se não aceitassem participar voluntariamente no Estudo.

Colheita de Dados:

A colheita de dados foi feita através de questionário standardizado e por revisão dos processos clínicos.

Variáveis Sócio-demográficas: através de questionário standardizado foram colhidas as seguintes variáveis: género, idade, nível educacional, profissão e status profissional, meio habitacional. Foram ainda recolhidas informações sobre a acessibilidade aos cuidados de saúde primária como: distância ao centro de Saúde, Médico de Família acessível, Meio de deslocação ao Centro de Saúde.

Variáveis clínicas: Os dados serão colhidos através de inquéritos sistematizado ao doente durante a visita ou por revisão do processo único caso necessário. Foram colhidas as seguintes variáveis: Velocidade de Sedimentação (VS), Proteína C-reativa (PCR), Fator Reumatoide (FR), Anticorpos Anti-Nucleares (ANA's), Capacidade Funcional avaliada através de questionário validado Health Assessment Questionnaire (HAQ).

Período de atraso: de forma a estabelecer o período global e parcelar de atraso foram colhidos os seguintes dados: 1- início dos sintomas (auto-declaração), 2- procura de cuidados de saúde (auto-declaração), 3- data de referenciação (extraída do Sistema de Doentes), 4- data da primeira consulta (extraída do sistema de Doentes).

Com base nesta informação foram estabelecidos os seguintes períodos (10): **a) Global:** definido como o período de tempo que decorreu desde o início dos sintomas até à primeira observação em Consulta de Reumatologia; esta variável foi categorizada em 1) ≥ 12 meses e 2) <12 meses, dado ser este o critério utilizada atualmente na referenciação de doentes à consulta de artrite precoce dos CHUC; **b) “Nível do doente”:** período que medeia desde que o doente iniciou os sintomas até à procura dos cuidados de saúde, categorizado em 1) ≥ 6 semanas e 2) <6 semanas, dado que a partir das seis semanas a probabilidade de ser uma artrite crónica aumenta; **c) “Nível dos Cuidados de Saúde”:** período que medeia desde a procura dos cuidados de saúde e a data de referenciação, categorizado, arbitrariamente, como 1) ≥ 6 meses e 2) <6 meses.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise estatística foi realizada utilizando o *software* SPSS v19[®] para Windows. Variáveis categóricas são apresentadas sob a forma de proporções e variáveis contínuas sob a forma de média (\pm DP) ou Mediana (IQR) conforme adequado. Na análise Univariada, a comparação entre grupo foi feita utilizando teste de Man-Whitney ou T de Student conforme adequado (após verificação de normalidade utilizando o teste de Klomogorov-Smirnov). Associação entre variáveis categóricas foi analisada utilizando o teste Chi2 ou Teste Exato de Fisher. As variáveis com significância estatística na análise univariada foram incluídos num modelo de regressão logística para

determinação de modelo preditivo de atraso de referência. $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo em todas as análises estatísticas.

RESULTADOS:

Foram incluídos 45 doentes consecutivos referenciados à Consulta de Artrite Precoce do Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, durante o ano de 2013, nos quais foi identificada a presença de Artrite por um Reumatologista, cujas características sócio-demográficas estão sumariadas na tabela 1.

Género (F/M) %	71,1 / 28,9
Idade (Média±SD)	53,24 ± 17,73
Nível de Escolaridade (%)	
≤1º ciclo	43,2
2º ciclo	5,4
3º ciclo	24,3
Secundário	2,7
Superior	24,3
Residência (%)	
Aldeia	37,8
Vila	28,9
Cidade	33,3
Raça (%)	
Caucasiana	97,5
Negra	2,5
Estado civil (%)	
Solteiro	18,2
Casado	63,6
Viúvo/ divorciado	18,2
Médico de Família (S/N) %	92,3 / 7,7
Distância ao Centro de Saúde Km (Média±SD)	5,3 ± 2,6

Tabela 1: Características sócio-demográficas da amostra incluída

A maioria dos doentes refere ter recorrido inicialmente ao Serviço Público de Saúde (79,4%), tendo sido o Médico de Família em 53,8% dos casos. Em média, os doentes foram avaliados em cuidados de saúde 2,5 vezes antes de serem referenciados à Consulta de Reumatologia. Salienta-se que aproximadamente 30% dos doentes refere ter recorrido mais de 5 vezes aos cuidados de saúde devido às suas queixas músculo-esqueléticas até serem referenciados à Consulta de Reumatologia (gráfico 1).

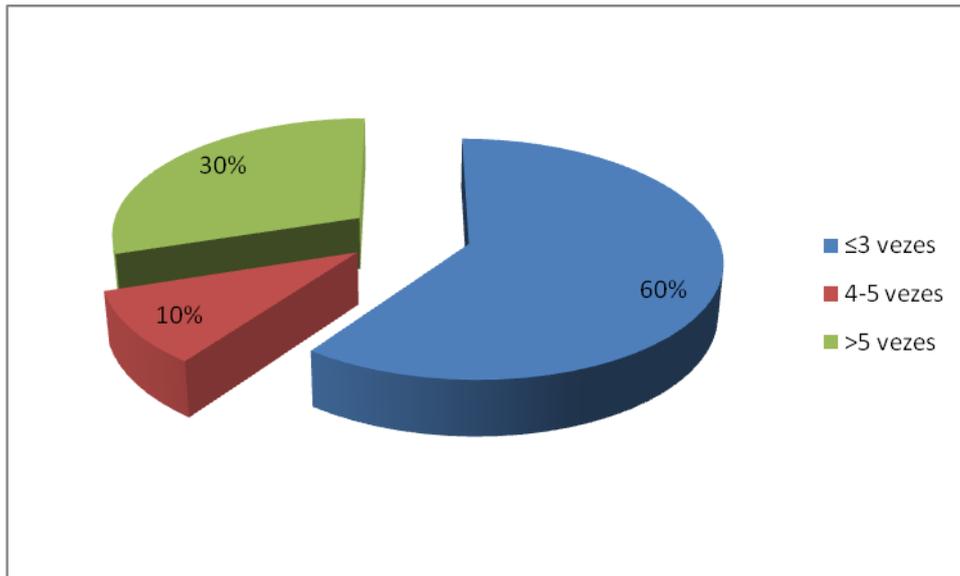


Gráfico 1: distribuição do nº de vezes que os doentes recorreram aos cuidados de saúde antes de serem referenciados a Consulta de Reumatologia

A média do início de sintomas na população em estudo (tempo desde o início dos sintomas até à consulta de Reumatologia) é $27,7 \pm 44,58$ meses (2-240 meses), sendo que 33% dos doentes incluídos referiam ter iniciado as suas queixas há menos de 12 meses (Mediana (IQR): 15 (9-24meses)). Quando se comparou os doentes com início dos sintomas há mais ou menos de doze meses, não se verificou qualquer diferença quanto ao género ($p=0,49$), idade (54 (IQR:43-66) vs 52 (IQR:39,5-68,3), $p=0,539$), nível de escolaridade ($p=0,47$), local de residência ($p=0,79$), proximidade aos cuidados de saúde ($p=0,31$) ou por terem Médico de Família ($p=0,055$). Também não se verificou associação com os níveis de VS ($p=0,5$), PCR (0,074), presença de FR ($p=0,74$) ou ANA's ($p=0,73$).

A amostra estudada referiu ter recorrido aos cuidados de saúde pela primeira vez por esse motivo, em média $2,53 (\pm 5,01)$ meses após o início dos sintomas, com cerca de 70% dos inquiridos a referirem recorrerem aos cuidados de saúde antes das 6 semanas de evolução dos sintomas. Quando comparados os doentes que procuraram os cuidados de

saúde antes ou após as seis semanas de evolução, não foi encontrada qualquer associação com idade, género, grau de escolaridade, local de residência, distância aos cuidados de saúde ou terem Médico de Família ($p > 0,05$).

Quanto ao atraso de referenciação dos doentes à consulta de artrite precoce foi em média de 25,2 meses ($\pm 44,27$) meses (Mediana (IQR): 13 (4,5-23)). Na análise univariada, verificou-se que doentes com níveis elevados de VS, PCR elevada e sexo masculino eram referenciados mais frequentemente antes dos 6 meses. (tabela 2)

	<6 meses	≥ 6 meses	p
Género (H) *	50	19,4	0,036
Idade**	62 (47,8-64)	46 (38-69)	0,169
Grau de escolaridade ($\geq 3^{\circ}$ ciclo)*	15,4	23,1	0,476
Local de residência (cidade ou outra)*	32,3	35,7	0,316
Cuidados de saúde (público vs outro)*	84,6	76,9	0,694
Médico de Família*	85,7	96	0,357
VS	44 (19-65)	25 (10-37)	0,037
PCR	3,2 (0,86-12,5)	0,7 (0,19-1,98)	0,009
FR*	15,4	40	0,114
ANA's*	33,3	55,6	0,2

*dados apresentados sob %, teste do Chi2 ou Exact de Fisher; **Mediana(IQR), teste de Mann- whitney

Tabela 2: Comparação entre os doentes com atraso na referenciação inferior ou superior a 6 meses (análise univariada)

Dos fatores com significância estatística na análise univariada, apenas a VS permanece como preditor independente do atraso de referenciação. (tabela 3)

	β	p
Género	3,7	0,053
VS	-0,035	0,032
PCR	0,374	0,541
R^2	0,161	

Tabela 3: variáveis incluídas no modelo de análise logística multivariada

DISCUSSÃO:

Este estudo mostrou que nesta amostra de 45 doentes referenciados à consulta de Artrite Precoce dos CHUC, apenas a Velocidade de Sedimentação, constitui um preditor de atraso de referenciação, sendo os doentes com níveis mais elevados referenciados mais precocemente. Não se verificou nenhuma associação entre os diversos fatores clínicos e sócio-demográficos e o atraso em o doente procurar pela primeira vez os cuidados de saúde. Neste estudo nenhum dos fatores avaliados foi preditor de atraso global do doente à Consulta de Reumatologia.

Neste estudo, os doentes referenciados à Consulta de Artrite Precoce apresentam em média um atraso de 2 anos (27,2 meses) desde o início dos sintomas. Este constitui, à luz da evidência atual, um atraso significativo destes doentes podendo desta forma condicionar negativamente o seu prognóstico.

O atraso atribuído ao doente, que medeia entre o início dos sintomas e a procura dos cuidados de saúde, foi, em média, de 2,53 meses (0-24 meses). Apesar de poucos estudos terem avaliado este período, o nosso resultado foi semelhante ao verificado no estudo de Kumar et al (9) e superior ao verificado num estudo conduzido na Noruega, onde o período de atraso por parte do doente foi de 4 semanas (1-28 semanas). (11). O maior atraso verificado no nosso estudo pode dever-se a diferenças culturais ou diferenças na acessibilidade aos cuidados de saúde.

O maior atraso no nosso estudo ocorre na referenciação à Consulta de Reumatologia após uma primeira avaliação nos cuidados de saúde (25,2 meses (1-239 meses)). O atraso de referenciação é superior ao descrito na maioria dos estudos (7-9; 12). Neste estudo verificou-se um atraso de referenciação similar ao descrito por Irvine et al (12) no período anterior a 1989. Irvine et al, verificaram uma redução progressiva no atraso

de referenciação ao longo dos anos (antes de 1986: 21 meses; 1987-89: 23 meses e 1994-7: 4 meses; $p < 0,03$) o que foi atribuído as diversas medidas de educação, divulgação e a constituição de Consultas de Artrite Precoce. O facto de apenas agora, se ter instituído uma Consulta de Artrite Precoce no CHUC poderá justificar os resultados obtidos.

Verificamos no modelo preditivo que apenas a VS é preditor do atraso de referenciação, o que reflete a importância dada aos parâmetros laboratoriais. Estes dados são concordantes com outros estudos, onde os preditores de referenciação mais rápida são alterações laboratoriais como elevação de PCR (5) ou presença de fator reumatóide (5,9). Um estudo qualitativo conduzido por Sutter et al verificou que outros fatores frequentemente não considerados podem ser importantes preditores de atraso de referenciação como as expectativas e confiança do médico referenciador, as relações interpessoais ou a “preferência do doente em ser referenciado ou não”. (13)

O atraso global no nosso estudo foi de 27,7 meses (2-240), o qual é superior ao reportado em diversos estudos (5, 7, 8, 9, 12). Na nossa avaliação não foi encontrado nenhum fator preditor deste atraso. Os resultados publicados quanto aos fatores preditores para este atraso não são concordantes entre os estudos, tendo sido identificado como associados a um maior atraso o género feminino e a idade (5,8), a presença de co-morbilidades (8), o nível socio-económico (8), fatores clínicos e laboratoriais como preditores (5,8,9).

Neste estudo não foi avaliado período que medeia entre a referenciação e a primeira consulta de por Reumatologista, dado terem sido apenas incluídos referenciados à Consulta de Artrite Precoce a qual tem por principio geral a avaliação destes doentes entre 2 a 4 semanas após a sua referenciação.

Tanto quanto sabemos, o nosso estudo constitui o primeiro estudo realizado no nosso centro que avaliou os atrasos de referência dos doentes com artrite, procurando diferenciar os diversos períodos de atraso que podem contribuir para o atraso global. Contudo reconhecemos importantes limitações ao nosso estudo: dimensão reduzida da amostra, alguns dados colhidos retrospectivamente, baseados em *self-report*, associando-se ao risco de *recall bias*, ausência de informação relativamente a alguns aspetos clínicos relevantes no momento de apresentação e procura nos cuidados de saúde.

Conclusão:

Este estudo permitiu verificar que existe um atraso significativo na referência de doentes com artrite, ultrapassando o atualmente referenciado. O principal atraso corresponde ao atraso de referência, sugerindo a necessidade de aumentar a formação e divulgação no sentido de melhorar e acelerar o processo. Estudos futuros, de maiores dimensões, são necessários para melhor caracterizar os fatores de atraso de referência de doentes à Consulta de Artrite precoce e permitirem implementar medidas para a sua otimização.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Villeneuve E. To Screen or not to Screen: How to Find and identify very early arthritis. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 27 (2013):487-497
- 2) Lard LR, Visser H, Speyer I et al, Early versus delayed treatment in patients with recent onset rheumatoid arthritis; comparison of two cohorts who received different treatment strategies. *American Journal of Medicine* 2001; 111:446-51
- 3) Nell VP, Machold KP, Eberl G et al, Benefit of very early referral and very early arthritis. *Rheumatology (Oxford)* 2004; 43:906 -14
- 4) der Linden MP, le Cessie S, Raza K, van der Woude D, Knevel R, Huizinga TW, et al. Long-term impact of delay in assessment of patients with early arthritis. *Arthritis Rheum* 2010; 62:3537–46.
- 5) Chan KW, Felson DT, Yood RA, Walker AM. The lag time between onset of symptoms and diagnosis of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1994;37:814–20.
- 6) Hernandez-Garcia C, Vargas E, Abasolo L, Lajas C, Bellajdell B, Morado IC, et al. Lag time between onset of symptoms and access to rheumatology care and DMARD therapy in a cohort of patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 2000;27:2323–8.
- 7) Feldman D, Bernatsky S, Haggerty J et al, Delay in Consultation With Specialists for Persons With Suspected New-Onset Rheumatoid Arthritis: A Population-Based Study, *Arthritis Care & Research*, Vol. 57, No. 8, December 15, 2007, pp 1419–1425

- 8) Kumar K, Daley E, Khattak F, Buckley C and Raza K, The influence of ethnicity on the extent of, and reasons underlying, delay in general practitioner consultation in patients with RA; *Rheumatology* 2010;49: 1005–1012
- 9) Kumar K, Daley E, Carruthers DM et al, Delay in presentation to primary care physicians is the main reason why patients with rheumatoid arthritis are seen late by rheumatologists, *Rheumatology* 2007;46:1438–1440
- 10) Bykerk V, Emery P; Delay in Receiving Rheumatology Care Leads to Long-Term Harm; *ARTHRITIS & RHEUMATISM*; Vol. 62, No. 12, December 2010, pp 3519–3521
- 11) Palm O, Purinszky E. Women with early rheumatoid arthritis are referred later than men. *Ann Rheum Dis* 2005;64: 1227–8.
- 12) Suter LG, Fraenkel L, Holmboe ES. What factors account for referral delays for patients with suspected rheumatoid arthritis? *Arthritis Rheum* 2006;55:300–5.