



## COMENTÁRIO EDITORIAL

# E a clínica continua soberana Clinical findings remain paramount

Gláucia Maria Moraes de Oliveira\*

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

Disponível na Internet a 22 de junho de 2019



A medicina personalizada, mais centrada no paciente e baseada em dados, como os obtidos com inteligência artificial, traz um novo paradigma para a relação médico-paciente, valoriza o raciocínio clínico e a capacidade de entender o ser humano como um sistema biológico complexo, em que é preciso agregar múltiplos fatores, metabólicos, comportamentais e ambientais, para a obtenção do melhor benefício para a abordagem terapêutica dos pacientes<sup>1</sup>.

Observou-se recentemente uma diminuição significativa da mortalidade por doença cardiovascular (DCV) na Europa e, em alguns países, a mortalidade dos homens por câncer ultrapassou a observada por DCV<sup>2</sup>. O envelhecimento e o adoecimento da população, que se apresenta com múltiplas comorbidades, serão um desafio adicional para a prática clínica, multiplicarão a complexidade e obrigarão a revisão dos algoritmos clínicos para diagnóstico e prognóstico, assim como sua atualização no contexto dos novos dados epidemiológicos.

Esse novo cenário pode ser exemplificado pelos pacientes com câncer e tromboembolismo pulmonar (TEP), nos quais a apresentação clínica com instabilidade hemodinâmica agrega prognóstico adverso sabidamente conhecido e classifica-os como de alto risco para eventos adversos. No entanto, os pacientes com estabilidade hemodinâmica

estratificados como de risco intermediário representam um desafio, e a diretriz da ESC chamou a atenção para a necessidade de sua reclassificação em risco intermediário-baixo e intermediário-alto de acordo com a presença de disfunção ventricular direita e de marcadores de injúria miocárdica<sup>3</sup>.

No início dos anos 2000, Kucher et al.<sup>4</sup> ressaltaram a importância da probabilidade pré-teste de TEP agregada à apresentação clínica representada pelo índice de choque (IC), que é a razão entre frequência cardíaca e pressão arterial sistólica, para a correta abordagem terapêutica desses pacientes, reduzindo sua mortalidade em 30 dias. Ozsu et al.<sup>5</sup> combinaram a avaliação da troponina e a feitura do ecocardiograma ao IC, com melhoria na estratificação do risco de morte em 30 dias dos pacientes com TEP. Bach et al.<sup>6</sup>, em outra coorte de pacientes com TEP, salientaram que os parâmetros circulatórios, que são simples e de baixo custo, têm um valor prognóstico igual ou maior do que os escores clínicos aplicados no estudo, como o índice de gravidade de embolia pulmonar (*pulmonary embolism severity index* – PESI) na sua versão original e simplificada.

Ferreira et al.<sup>7</sup> aplicaram o modelo semelhante ao de Kucher et al.<sup>4</sup> nos pacientes com câncer, e ampliaram a observação até um ano em uma coorte retrospectiva em um único centro. A possibilidade de estratificar os pacientes na apresentação clínica inicial torna-se muito atraente, especialmente com a previsão de risco de morte em um ano<sup>7</sup>. Precisamos, porém, ser cuidadosos na avaliação dos resultados apresentados pelos autores daquela pesquisa,

\* Autor para correspondência.  
Correio eletrônico: [glauciamoraesoliveira@gmail.com](mailto:glauciamoraesoliveira@gmail.com)

que mais parece um estudo formulador de hipóteses. Tais hipóteses precisarão ser testadas em múltiplas coortes com grande número de pacientes, nas quais se possa identificar a interação dos fatores prognósticos, e ainda precisarão ser validadas em outras populações. É especialmente relevante a avaliação dos tipos de neoplasias e seus graus de evolução, que certamente contribuirá sobremaneira para o prognóstico de médio e longo prazo. No estudo de Ferreira et al.<sup>7</sup>, houve pouca frequência de injúria miocárdica ventricular direita e as neoplasias e o seu estadiamento não foram documentados, o que limita a aplicabilidade dos índices sugeridos.

O artigo de Ferreira et al.<sup>7</sup> traz, porém, uma contribuição adicional, que é o questionamento sobre o papel da história e do exame físico nos dias atuais, quando se põe grande ênfase na decisão clínica baseada em tecnologia,<sup>8</sup> com a abundância de métodos laboratoriais e de imagem. Ozsu et al.<sup>5</sup> propõem a combinação da anamnese e do exame físico com os métodos de imagem e reforçam a necessidade do uso de tecnologia. Por outro lado, Ferreira et al.<sup>7</sup> nos reportam aos primeiros aprendizados de semiologia, com a aferição dos sinais vitais. Segundo Grüne<sup>9</sup>, a avaliação correta desses métodos, anamnese e do exame físico, que também são testes diagnósticos, representa pré-condição para a implantação de uma medicina baseada em valor, tão propagada nos dias atuais.

O exame físico continua a ser uma parte vital da relação médico-paciente, ainda que a ênfase no desenvolvimento de habilidades para elaboração e confirmação de hipóteses no ensino médico tenha diminuído na atualidade, principalmente pela superestimação dos dados fornecidos pelos demais exames diagnósticos<sup>10</sup>. Uma abordagem orientada por dados observados no exame físico, como o IC, certamente se aproximará mais da medicina personalizada, aumentará o valor e a eficiência da medicina, além de permitir aos médicos ampliar sua percepção da complexidade

do ser humano em todas as suas dimensões: física, mental e espiritual<sup>1</sup>.

## Conflitos de interesse

A autora declara não haver conflitos de interesse.

## Referências

1. Ribeiro AL, Oliveira GMM. Rumo a uma Cardiologia Centrada no Paciente e Guiada por Dados. *Arq Bras Cardiol.* 2019;112:371–3.
2. Townsend N, Wilson L, Bhatnagar P, et al. Cardiovascular disease in Europe: epidemiological update 2016. *Eur Heart J.* 2016;37:3232–45.
3. Konstantinides SV, Torbicki A, Agnelli G, et al. 2014 ESC guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism. *Eur Heart J.* 2014;35:3033–69.
4. Kucher N, Luder CM, Dörnhöfer T, et al. Novel management strategy for patients with suspected pulmonary embolism. *Eur Heart J.* 2003;24:366–76.
5. Ozsu S, Erbay M, Durmuş ZG, et al. Classification of high-risk with cardiac troponin and shock index in normotensive patients with pulmonary embolism. *J Thromb Thrombolysis.* 2017;43:179–83.
6. Bach AG, Taute BM, Baasai N, et al. 30-Day Mortality in Acute Pulmonary Embolism: Prognostic Value of Clinical Scores and Anamnestic Features. *PLoS One.* 2016;11:e0148728.
7. Ferreira JM, Moura-Ferreira S, Baptista R, et al. Keeping prognostic assessment simple: the value of clinical features in normotensive cancer patients with pulmonary embolism. *Rev Port Cardiol.* 2019;38:407–15.
8. Mohammed KA. Clinical examination nowadays. *Lancet.* 2016;388(10044):559–60.
9. Grüne S. Anamnesis and clinical examination. *Dtsch Med Wochenschr.* 2016;141:24–7.
10. Garibaldi BT, Olson APJ. The Hypothesis-Driven Physical Examination. *Med Clin North Am.* 2018;102:433–42.