

Carta ao Editor

Gostaríamos de comentar alguns aspectos que foram questionados sobre o artigo intitulado: **Aplicação da nova classificação da insuficiência cardíaca (ACC/AHA) na cardiopatia chagásica crônica: análise crítica das curvas de sobrevida**, da autoria de Sérgio Salles Xavier, Andréa Silvestre de Sousa, Alejandro Hasslocher-Moreno – Rev SOCERJ. 2005:3(18)227.

1

1. É correto que a estratificação do Grupo B em 4 subgrupos limite o tamanho da amostra. No entanto, apesar disso, a aplicação do teste de log-rank para a comparação das curvas de sobrevida dos 4 subgrupos revelou um valor de $p=0,0003$, demonstrando que as diferenças na distribuição da sobrevida entre os subgrupos como um todo são altamente significativas do ponto de vista estatístico. Quando as curvas de apenas 2 subgrupos são comparadas, o poder estatístico cai com a redução do tamanho da amostra, e as diferenças de sobrevida não são mais demonstradas. Provavelmente, em função da amostra reduzida, não tenha havido diferença estatisticamente significativa nas curvas de sobrevida do subgrupo B1 vs B2 nem do B2 vs B3. Nem mesmo entre o subgrupo B1 (Eco alterado com função normal) e o subgrupo B3 (disfunção moderada) é possível demonstrar diferença estatisticamente significativa! No teste de log-rank, o valor de p é 0,06, certamente em decorrência de um erro tipo beta. Apenas o grupo B4 (disfunção grave) consegue ter uma curva de sobrevida estatisticamente pior do que cada um dos outros subgrupos, quando comparados individualmente. Justamente por causa do problema de amostragem gerado pela estratificação em subgrupos é que estas comparações individuais não foram realizadas, optando-se apenas por testar a diferença na comparação das curvas de sobrevida como um todo, englobando todos os 199 pacientes do Grupo B.

De qualquer forma, concordo que seria importante descrever o número de pacientes de cada subgrupo do Grupo B, até mesmo para informar sobre a dimensão de cada um deles: o subgrupo B1 (Eco alterado com função normal) é constituído de 53 pacientes; o B2 (disfunção leve), de 60 pacientes; o B3 (disfunção moderada) de 60 pacientes e o B4 (disfunção grave) de 26 pacientes.

2. Reagrupar os 4 subgrupos do Grupo B em apenas 2 é realmente uma boa sugestão, que pode tornar a classificação mais prática. Agrupar os subgrupos B2 e B3, conforme sugerido pelo parecerista, no entanto, não nos parece o mais apropriado. Do ponto de vista terapêutico, parece-nos que o melhor agrupamento seria do subgrupo B1 com o B2; e do B3 com o B4. Desta forma dividiríamos os pacientes entre os que apresentam disfunção moderada ou grave, e os que não apresentam. Do ponto de vista terapêutico, este agrupamento faz mais sentido, já que os pacientes com disfunção moderada ou grave se beneficiam de intervenções farmacológicas, mesmo se assintomáticos, enquanto para os pacientes com disfunção leve ou função normal não há ainda evidências de que o uso de medicamentos altere a evolução.

Além disso, embora as curvas de sobrevida dos subgrupos com disfunção leve e disfunção moderada não apresentem significado estatístico, a sobrevida livre de insuficiência cardíaca é significativamente diferente nos 2 grupos, (log-rank com $p=0,009$ – curva de KM – Anexo A), mesmo com o número limitado de pacientes, mostrando que são realmente grupos diferentes do ponto de vista prognóstico. Também entre os subgrupos B1 e B2, as curvas de sobrevida livres de insuficiência cardíaca são estatisticamente diferentes, com maior incidência de insuficiência cardíaca nos pacientes com disfunção leve, em comparação com os pacientes com Eco alterado e função normal, como seria de se esperar (log-rank $p=0,03$ – curva de KM – Anexo B).

Com o agrupamento, de qualquer forma, perde-se informação prognóstica. Trabalho prévio do nosso grupo, baseado em um estudo longitudinal de 5 anos de evolução em área rural e apresentado no último Congresso Brasileiro de Cardiologia, demonstrou que a taxa de progressão ecocardiográfica da disfunção de VE foi significativamente maior entre os pacientes com disfunção leve, quando comparados aos pacientes com eco alterado e função normal, embora não se refletisse ainda em aumento da mortalidade neste período de tempo. Este é um dado importante em relação ao acompanhamento clínico desses pacientes, particularmente no que se refere à periodicidade de repetição do ecocardiograma para a avaliação da função ventricular e identificação precoce da progressão para disfunção moderada ou grave.

Isto também se aplica para o comentário em relação ao Grupo A e o subgrupo B1. Embora as curvas de sobrevida sejam semelhantes, a presença de eco alterado já determina uma taxa de progressão ecocardiográfica para disfunção de VE significativamente maior, conforme demonstrado no mesmo estudo citado anteriormente.

3. É importante ressaltar que, no nosso trabalho, objetivamos aplicar a nova classificação de insuficiência cardíaca da AHA/ACC em uma coorte de pacientes com doença de Chagas, analisando o comportamento das suas curvas de sobrevida. As curvas de sobrevida dos Grupos A, B, C e D, da classificação original, são diferentes do ponto de vista estatístico tanto como um grupo quanto em análises comparativas uma a uma: A vs B ($p=0,005$); B vs C ($p<0,0001$) e C vs D ($p=0,003$), confirmando o valor prognóstico (além de terapêutico) desta classificação no modelo da doença de Chagas. Este foi o objetivo maior do nosso estudo. A subdivisão do Grupo B, não existente na classificação original, é uma proposta do nosso grupo que, a nosso ver, melhora a informação prognóstica e terapêutica da classificação por identificar subgrupos de pacientes com evolução clínica e abordagem terapêutica diferentes.
4. Aproveito a oportunidade para fazer uma errata. A curva de sobrevida estratificada pelos grupos da classificação (A,B, C e D) que foi enviada para publicação, na verdade está equivocada. Por engano foi enviada a curva com o grupo A representado pelos pacientes com ECG normal. Estes pacientes foram posteriormente excluídos da classificação, conforme explicado no artigo. A curva correta encontra-se a seguir:

Errata

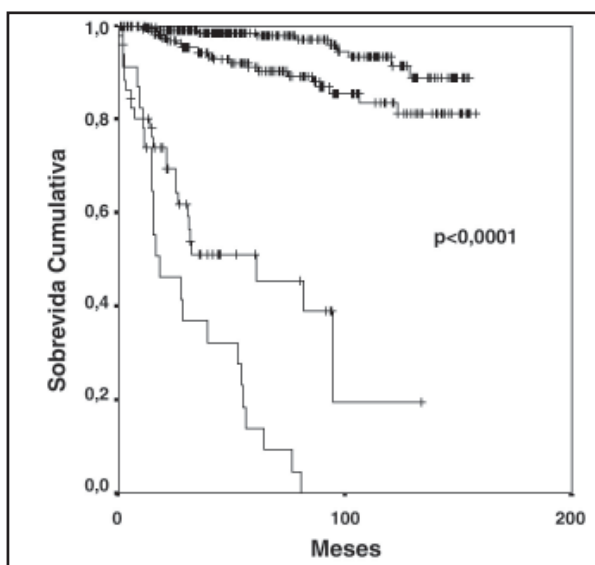
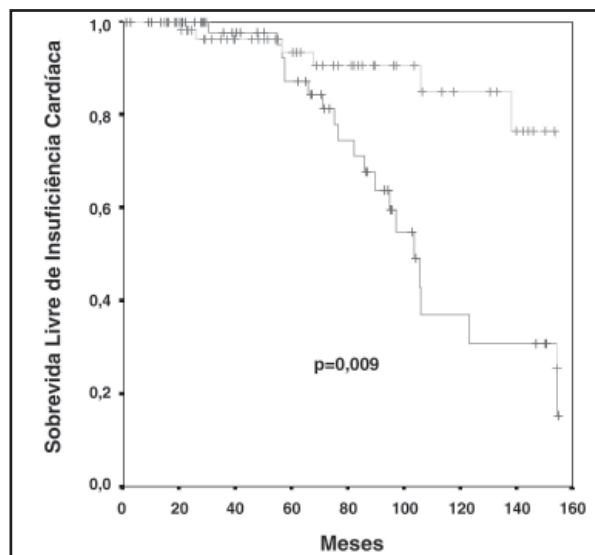
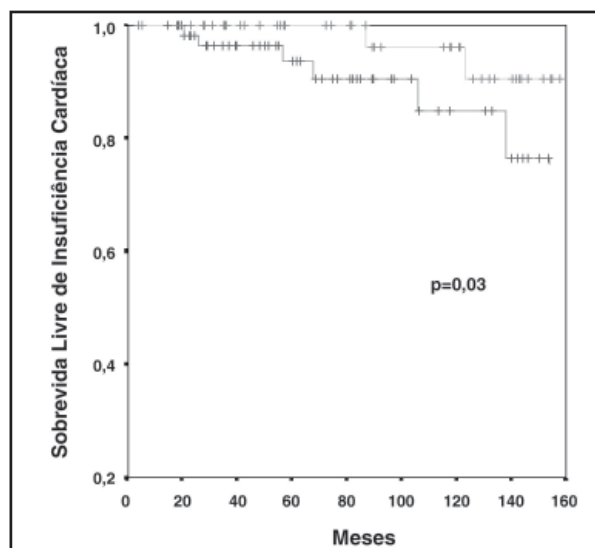


Figura 1
Curvas de sobrevida da coorte, estratificadas segundo a classificação



Anexo A

Curvas de sobrevida livre de insuficiência cardíaca: subgrupo B2 vs B3



Anexo B

Curvas de sobrevida livre de insuficiência cardíaca: subgrupo B1 vs B2