

288

**Perfil de risco de 331 indivíduos submetidos a avaliação periódica de saúde cardiovascular**

LUCIA TEREZINHA GARCIA PIMENTA, ANDREA ARAUJO BRANDAO, MARIA ELIANE CAMPOS MAGALHAES, EVANDRO TINOCO MESQUITA, ANDREA NETO LAMOSA

Hospital Pró Cardíaco Rio de Janeiro RJ BRASIL e Lamina Medicina Diagnóstica Rio de Janeiro RJ Burkina Fasso

**Objetivo:** Avaliar a prevalência dos principais fatores de risco (FR) cardiovascular e o risco cardiovascular estimado pelo escore de Framingham (EF) e pelos agravantes de risco (AR) em uma população não hospitalar. **Método:** Estudo observacional e transversal. Trezentos e trinta e um indivíduos preencheram questionário com dados gerais e de história clínica e familiar e realizaram exame clínico e laboratorial, incluindo PA, peso e altura, IMC, medida da circunferência abdominal (CA) e percentual de gordura corporal por bioimpedância. O portfólio de exames incluiu a realização (após jejum de 12h) de hemograma completo, glicose, insulina, HOMA IR e beta, colesterol total, LDL, HDL e triglicérides, TGO, TGP, GGT, ác. úrico, uréia, creatinina, TSH, PCR us, PSA livre e total, sumário de urina, microalbuminúria, pesquisa imunológica de hemoglobina humana nas fezes, eletrocardiograma, teleradiografia do tórax, ecocardiograma uni e bidimensional com Doppler, duplex scan de carótidas, índice tornozelo braquial e escore de cálcio. **Resultados:** 1) A média de idade foi de 46,7 anos (75,8% M); 2) 63,4% tinham sobrepeso/obesidade; 26,9% dos homens tinha CA > 102 e 10,9% das mulheres > 88cm; 42,0% sedentários; 14,2% fumantes; 22,1% com HA, sendo que 84,9 sob tratamento e 74,2% estavam nas metas; 39,9% com dislipidemia, 18,4% com síndrome metabólica e 7,55% com doença arterial coronariana (DAC). O risco de DAC em 10 anos foi estimado pelo EF e depois reavaliado de acordo com a presença de AR. Pelo EF 75,2% dos indivíduos tinham risco baixo (<10%) 13,9% risco médio (entre 10 e 20%) e 10,9% risco alto (> 20%). Quando considerados os AR, 41,4% tinham risco baixo; 37,5% risco médio e 21,1% risco alto. O percentual de mudança de estrato de risco após os AR foi de 47% de risco baixo para médio e de 89% do risco médio para alto. **Conclusão:** A prevalência dos principais FR cardiovascular foi superponível a da literatura. Em relação à estimativa de risco cardiovascular, a utilização dos AR em adição ao EF permitiu avaliar com mais sensibilidade a presença de doença aterosclerótica subclínica e redimensionar o risco estimado pelo EF.

289

**Caracterização clínica e padrões de remodelamento ventricular de pacientes obesos ambulatoriais com insuficiência cardíaca por disfunção sistólica**

LÍVIA GOLDRAICH, GABRIELA CORRÊA SOUZA, DIOGO PIARDI, ELIZA RICARDO DALSASSO, ANDRÉIA BILO, LUIS EDUARDO ROHDE, NADINE O CLAUSELL

Hospital de Clínicas de Porto Alegre Porto Alegre RS BRASIL e Universidade Federal do Rio Grande do Sul Porto Alegre RS BRASIL

**Fundamento:** O aumento do índice de massa corporal (IMC) determina um maior risco de desenvolvimento de insuficiência cardíaca (IC), mas parece estar associado à menor morbimortalidade entre os indivíduos com a doença manifesta. A obesidade está relacionada à hipertrofia ventricular esquerda (HVE). No entanto, as relações entre o tecido adiposo e o remodelamento cardíaco são controversas. **Objetivos:** Determinar a prevalência, as características clínicas e os padrões de remodelamento ventricular de pacientes obesos ambulatoriais com IC por disfunção sistólica e correlacionar parâmetros antropométricos com medidas de função e geometria ventricular. **Delineamento:** Estudo transversal. **Pacientes:** Pacientes ambulatoriais com IC por disfunção sistólica. **Métodos:** Pacientes ambulatoriais com IC e fração de ejeção (FE) igual ou inferior a 50% foram submetidos consecutivamente a avaliações clínica e nutricional durante consulta médica de rotina. A avaliação antropométrica constou de IMC, prega cutânea tricipital (PCT) e circunferência abdominal (CA). Remodelamento cardíaco foi avaliado através da ecocardiografia mais próxima ao momento da avaliação. **Resultados:** Foram avaliados consecutivamente 192 pacientes em acompanhamento no Ambulatório de IC do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (idade= 61±12 anos, 70% homens, FE= 33±9%, IMC= 27±5 Kg/m<sup>2</sup>, 38% etiologia isquêmica). A prevalência de obesos foi de 25%. Quando comparados aos pacientes eutróficos e com sobrepeso, os obesos apresentaram idade inferior, menor prevalência de anemia e melhores índices de função renal. Embora tenham demonstrado FE superior e diâmetros ventriculares menores, os obesos apresentaram massa cardíaca e padrões de hipertrofia e remodelamento semelhantes. Houve correlação significativa de FE com IMC (r=0,22;p=0,002), PCT (r=0,25;p<0,0001) e CA (r=0,15;p=0,03), mas o mesmo não foi observado em relação à espessura relativa de paredes e as medidas antropométricas. **Conclusões:** Apesar de melhores índices de função ventricular sistólica, a obesidade não parece estar associada a diferenças no padrão de hipertrofia ou remodelamento ventriculares nesses indivíduos.

290

**Incidência e preditores de síndrome cardio-renal aguda durante tratamento de insuficiência cardíaca descompensada: análise de 332 hospitalizações consecutivas**

SPINETI, P P M, TEDESCHI, B, SALES, A L F, ISSO, M A, COLOMA, M V, MARINHO, A L R, BRITO, J B O, AMARAL, C B M, BARBOSA, A G J, FEIJO, L A, GARCIA, M I, XAVIER, S S

HUCFF - UFRJ RIO DE JANEIRO RJ BRASIL

**Fundamento:** Síndrome cardio-renal aguda (SCRA) em pacientes com insuficiência cardíaca descompensada (ICD) é associada a pior prognóstico e pode ser induzida pelo tratamento. Pouco se conhece a respeito de sua incidência e preditores em nosso meio. **Objetivo:** Determinar a incidência e os preditores da SCRA ocorrida durante o tratamento de pacientes internados com ICD em um hospital universitário (HU). **Delineamento:** Estudo retrospectivo, observacional. **Pacientes e métodos:** Foram analisadas 332 internações consecutivas por ICD no período de 01/01/06 a 31/12/07 em um HU. A identificação dos casos e a coleta de dados foi realizada em prontuário eletrônico. SCRA foi definida como aumento de 30% da creatinina sérica durante o tratamento (Can J Cardiol 2007;23(1):21-45). Análise uni e multivariada (regressão logística) foram utilizadas para identificar preditores de SCRA. **Resultados:** A média de idade foi de 63,5±13, com predomínio do sexo masculino (56%), e de etiologia isquêmica (39%). IC por disfunção sistólica (FE<40%) esteve presente em 85% dos casos. SCRA ocorreu em 29% das internações. Na análise univariada, de diversas variáveis testadas, apenas a frequência cardíaca (p=0,02), uréia (p=0,069) e creatinina (0,014) admissionais e o modelo de IC com função sistólica preservada (FSP) (p=0,005) se associaram à SCRA. Na análise multivariada, apenas IC com FSP (p=0,05 OR: 2,8 IC95% 1,4 - 5,6) e uréia admissional (p = 0,037 OR:0,99 IC95% 0,98-1,0) permaneceram como preditores independentes de SCRA. **Conclusões:** Nesta série consecutiva de internações por ICD, SCRA induzida durante tratamento de ICD foi freqüente e teve como preditores a presença de FSP e a uréia admissional.

291

**Função endotelial em pacientes com fluxo coronariano lento e artérias coronárias normais**

LUIS ULISSIS SIGNORI, ALEXANDRE SCHAAN DE QUADROS, GRACIELE SBRUZZI, THIAGO DIPP, ANTÔNIO MARCOS VARGAS DA SILVA, RODRIGO DELLA MÉA PLENTZ, CARLOS ANTONIO MASCIA GOTTSCHALL, BEATRIZ D'AGORD SCHAAN

Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul Porto Alegre RS BRASIL e Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG) Rio Grande RS BRASIL

**Fundamento:** Fluxo coronariano lento (FCL) em pacientes com artérias coronárias sem estenoses angiograficamente significativas está frequentemente associado com angina e isquemia miocárdica, sendo que seus mecanismos fisiopatológicos ainda não estão bem definidos. **Objetivos:** Avaliar a função endotelial arterial e venosa de pacientes com FCL e artérias coronárias sem estenoses significativas. **Delineamento:** Estudo caso-controle. **Pacientes:** A amostra incluiu 6 pacientes com FCL (5 homens; 54,1±8 anos, índice de massa corporal: IMC 28,3±5kg/m<sup>2</sup>; pressão arterial 123±21 / 81±14 mmHg) e 9 controles (6 homens; 47,4±11anos; IMC 23,0 ±2kg/m<sup>2</sup>; pressão arterial 114 ±10 / 75±8mmHg). O fluxo coronariano foi avaliado angiograficamente e classificado pelo Corrected TIMI Frame Count (CTFC), sendo definido quando o CTFC fosse >2 desvios padrões do normal. Os pacientes foram selecionados a partir daqueles referenciados para realização de cineangiogramas por seus médicos assistentes. **Metodologia:** A função endotelial arterial foi avaliada pela dilatação mediada por fluxo e a função endotelial venosa pela técnica da complacência da veia dorsal da mão (em resposta à fenilefrina, acetilcolina e nitroprussiato de sódio). Glicemia e perfil lipídico foram também avaliados. **Resultados:** O percentual de dilatação mediado pelo fluxo (hiperemia reativa: 7,5±5 vs 14,4±5%; P=0,032) e a resposta máxima à acetilcolina (41,4±20 vs 99,2±29%; P<0,001), foram menores nos pacientes quando comparados aos controles. A musculatura lisa vascular apresentou-se inalterada em resposta ao nitroprussiato de sódio nos dois leitos circulatórios. O HDLc foi menor nos pacientes (45,6±10 vs 65,2±12mg/dL; P<0,001) e estes apresentaram uma tendência a maiores valores de triglicérides (138,8±63 vs 81±24mg/dL; P=0,07), glicemia (98,6±12 vs 86,4±9mg/dL; P=0,07) e IMC (28,3±5 vs 23,0±1kg/m<sup>2</sup>; P=0,06). **Conclusões:** Os dados preliminares deste estudo indicam que os pacientes com FCL apresentam disfunção endotelial arterial e venosa, sugerindo que a fisiopatologia desta condição envolva um fenômeno vascular sistêmico.