

## 2 – Aterosclerose

**Escore de cálcio coronariano: uma nova estratégia para avaliação do risco cardiovascular de indivíduos com infecção pelo HIV**

Vilela, F D, Hadlich, M S, Meirelles, V, Ferraiuoli, G I A, Lima, Ana B R, Barros, M, Lorenzo, A R  
Instituto Nacional de Cardiologia Rio de Janeiro RJ BRASIL

**Fundamento:** A relação entre doença aterosclerótica coronariana (DAC) e infecção pelo HIV já está bem documentada, mas não foram definidas estratégias de avaliação de risco cardiovascular específicas para a população infectada. A calcificação das artérias coronárias, detectada pelo escore de cálcio das artérias coronárias (ECAC), é uma nova ferramenta para detecção precoce de aterosclerose coronariana e tem potencial utilidade para a estratificação do risco cardiovascular da população com HIV.

**Objetivo:** Avaliar a presença de aterosclerose subclínica em indivíduos com infecção pelo HIV, através do ECAC.

**Delineamento:** Estudo transversal.

**Métodos:** Foram avaliados 40 adultos infectados pelo HIV, sem sintomas cardiovasculares ou história de DAC. O ECAC foi realizado num tomógrafo de 64 detectores, sendo gerados percentis de calcificação conforme idade e sexo. ECAC>0 foi definido como a presença de aterosclerose coronariana. Variáveis categóricas foram comparadas por qui-quadrado ou teste de Fisher e as contínuas por teste t de Student ou de Mann-Whitney.

**Resultados:** A idade foi  $45,9 \pm 8,1$  anos; somente 30% estavam em idade de risco para DAC ( $\geq 45$  anos para homens e  $\geq 55$  anos para mulheres). Hipertensão arterial foi encontrada em 55%, diabetes em 10%, dislipidemia em 67,5%, tabagismo em 35% e história familiar de DAC em 57,5%; 82,5% dos pacientes possuíam  $\geq 2$  fatores de risco. ECAC>0 foi encontrado em 32,5% dos pacientes. A idade foi maior nos pacientes com calcificação coronariana do que naqueles sem calcificação ( $50,3 \pm 7,3$  vs  $43,8 \pm 7,7$ , respectivamente,  $p=0,015$ ), mas não foram encontradas diferenças significativas quanto ao sexo, prevalência de diabetes, tabagismo, IMC, uso de inibidores da protease ou outras variáveis.

**Conclusões:** Embora jovem para desenvolvimento de DAC, esta população teve aterosclerose coronariana frequentemente encontrada. Isto pode decorrer dos efeitos cardiovasculares do HIV ou das drogas usadas no seu tratamento. Os resultados sugerem a necessidade de reavaliar a mensuração do risco cardiovascular na população infectada pelo HIV, dada a prevalência de DAC subclínica, e indicam potencial benefício do ECAC na avaliação dessa população.

**Parada cardiorrespiratória pós-síndrome coronariana aguda com supra de ST**

Carolina Pelzer Sussenbach, Anibal Pires Borges, Jacqueline C E Piccoli, Leonardo Sinnott Silva, Tiago Santini Machado, Cristina Echenique Silveira, Thelma Cristina Lemos Yatudo, Ana Claudia do Amaral, Luiz Carlos Bodanese, Mario Wiehe  
Hospital São Lucas / PUCRS Porto Alegre RS BRASIL

**Fundamento:** Síndrome coronariana aguda com supra de ST (SCACSST) é um evento grave associado a desfechos duros, como parada cardiorrespiratória e óbito. Objetivo: Estudar os fatores de risco associados à parada cardiorrespiratória (PCR) pós SCACSST.

**Delineamento:** Coorte retrospectiva.

**Pacientes e métodos:** Análise dos dados dos pacientes internados na unidade coronariana com diagnóstico de SCACSST entre o período de 2000 a 2010. Pacientes foram acompanhados até alta hospitalar ou óbito.

**Resultados:** No período analisado 1.009 pacientes apresentaram diagnóstico de SCACSST, destes 97 pacientes (9,6%) apresentaram PCR, 38,1% em fibrilação ventricular. A análise multivariada encontrou associação significativa para PCR pós SCACSST com idade acima de 60 anos (OR 1,75; IC 95% 1,07 – 2,85;  $p=0,24$ ), necessidade de balão intra-aórtico (OR 6,90; IC 95% 4,14 – 11,52;  $p<0,001$ ), reinfarto (OR 2,94; IC 95% 1,06 – 8,15;  $p=0,039$ ) e óbito (OR 61,05; IC 95% 32,8 – 113,63;  $p<0,001$ ). Não houve associação significativa com choque cardiogênico (frequência de 49,5% dos pacientes com PCR), edema agudo de pulmão (21,6%), insuficiência renal aguda (32,9%), comunicação interventricular pós infarto (somente 2 casos, frequência 2,1% das PCRs), sangramento maior (28,8%), insuficiência cardíaca prévia (20,6%), intervalo de tempo entre o diagnóstico e o tratamento, ou qual a parede ventricular acometida. Somente o beta-bloqueador mostrou-se como fator protetor para PCR pós IAMCSST (OR 0,508; IC 95% 0,30 – 0,84;  $p<0,009$ ).

**Conclusões:** PCR pós SCACSST por si já é um fator de risco independente para óbito, sendo importante analisar e conhecer seus preditores.