



Evento	Salão UFRGS 2018: SIC - XXX SALÃO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UFRGS
Ano	2018
Local	Campus do Vale - UFRGS
Título	ESCORE DE RISCO CARDIOVASCULAR ESTIMADO SEM DOSAGENS LABORATORIAIS PARA PREDIÇÃO DE MORBIMORTALIDADE CARDIOVASCULAR: UM ESTUDO DE COORTE
Autor	VICTORIA FROIS OSS EMER
Orientador	SANDRA CRISTINA PEREIRA COSTA FUCHS

ESCORE DE RISCO CARDIOVASCULAR ESTIMADO SEM DOSAGENS LABORATORIAIS PARA PREDIÇÃO DE MORBIMORTALIDADE CARDIOVASCULAR: UM ESTUDO DE COORTE

Victoria Oss-Emer¹, Sandra Costa Fuchs²

¹Acadêmica de Medicina, UFRGS, ² Professora Titular da Faculdade de Medicina, UFRGS

Introdução: Doença cardiovascular (DCV) é prevalente e apresenta grande impacto sobre a morbimortalidade global. A estratificação de risco de pacientes com DCV possui valor prognóstico e permite maior eficiência na prática clínica. Nesse contexto, um escore para predição de risco cardiovascular (CV) acessível e de baixo custo, sem dosagens laboratoriais, pode otimizar a avaliação. **Objetivo:** Calcular escore de risco cardiovascular para morbimortalidade utilizando um modelo sem dosagens laboratoriais, validado, em amostra representativa de base populacional, do sul do Brasil. Avaliar a associação entre risco CV e sexo. **Métodos:** Estudo de coorte de base populacional incluiu 1091 indivíduos entre 18 e 88 anos, identificados através de amostragem por estágios múltiplos. Entrevistadores treinados realizaram entrevistas domiciliares, coletando informações sobre características demográficas, história médica pregressa e hábitos de vida, utilizando questionário padronizado previamente testado. Participantes assinaram consentimento informado. Pressão arterial foi aferida por método auscultatório em duas medidas, segundo recomendações padronizadas, enquanto avaliação antropométrica foi realizada com participantes descalços e utilizando roupas leves, em duplicata. O seguimento ocorreu mais de seis anos após a linha de base, no qual se repetiram as avaliações de fatores de risco CV e se investigou morbidade e mortalidade CV através de necropsia verbal, revisão de prontuários hospitalares e atestado de óbito. A construção do modelo preditivo seguiu o modelo norte-americano, empregando as mesmas variáveis: idade, pressão arterial sistólica, tabagismo, diabetes mellitus e índice de massa corporal (IMC; kg/m²) transformadas logaritmicamente, utilizando morbimortalidade CV como desfecho clínico (incluindo: infarto, morte súbita, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral (AVC), além de revascularização miocárdica). Utilizou-se regressão de Cox para a obtenção dos coeficientes beta e taxa de sobrevivência para cálculo de risco cardiovascular, independentemente para homens e mulheres, utilizando-se morbimortalidade CV. A capacidade preditiva dos modelos foi avaliada através de área sob a curva (AUC) ROC e IC95%, comparando-se as curvas através do teste DeLong. Avaliou-se a distribuição populacional de risco cardiovascular, utilizando-se 5 intervalos: até 5%, 6-10%, 11-20%, 21-29% e ≥30%. **Resultados:** Identificaram-se 65 eventos CV fatais (n=29) e não fatais (n=36), havendo distribuição similar entre homens (n=32) e mulheres (n=33). Os modelos preditivos resultaram em associações estatisticamente significativas havendo associação de morbimortalidade com: idade (β : 0,111; $P < 0,001$); Lnpressão sistólica (β : 2,613; $P: 0,02$); LnIMC: (β : 1,370; $P: 0,09$); diabetes mellitus (β : 1,090; $P: 0,01$) e tabagismo (β : 0,734; $P: 0,04$) para homens, enquanto que para mulheres, as associações foram com: idade (β : 0,052; $P < 0,001$); Lnpressão sistólica (β : 2,398; $P: 0,007$); diabetes mellitus (β : 1,787; $P: < 0,001$) e tabagismo (β : 0,420; $P: 0,09$), mas não com LnIMC: ($\beta: 0,324$; $P: 0,9$). As AUCs (IC95%) foram de: 0,91 (0,87 a 0,95) para homens e 0,85 (0,78 a 0,91) para mulheres; mas não houve diferença entre os sexos (valor $P=0,14$). Contudo, a distribuição de risco cardiovascular foi estatisticamente significativa ($P < 0,001$), sendo mais elevada entre os homens, com 51% apresentando risco de morbimortalidade CV de até 5%, 8% entre 6 e 10% de risco, 8% entre 11 a 20%, 4,6% entre 21 a 29% e 28,3% maior ou igual a 30%, enquanto para mulheres a distribuição foi 22,9% com risco de até 5%, 19,4% entre 6 e 10%, 18,7% entre 11 e 20%, 10,5% entre 21 e 29% e 28,5% maior ou igual a 30%. **Conclusões:** O escore de risco CV sem dosagens laboratoriais apresenta acurácia elevada para predição de morbimortalidade CV, tanto para homens quanto para mulheres e há diferenças na sua distribuição entre os sexos.