

ASSOCIAÇÃO ENTRE CALCIFICAÇÃO ARTERIAL CORONÁRIA E A INGESTÃO DIETÉTICA EM HOMENS ASSINTOMÁTICOS VIVENDO EM COMUNIDADE

Nathália M. Nunes¹, Neide Maria Bruscato², Emilio H. Moriguchi³

1. Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2. Nutricionista Doutora em cardiologia e ciências cardiovasculares pela UFRGS; 3. Professor da Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) são a **principal causa de morte no mundo**, sendo a doença arterial coronária (DAC) a mais comum das DCV.

O cálcio das artérias coronárias é um marcador da DAC subclínica (assintomática), além de ser preditivo de eventos coronários futuros.

Diversos fatores de risco cardiovascular contribuem para o desenvolvimento da calcificação da artéria coronária (CAC), dentre eles a **qualidade da ingestão dietética, a qual pode influenciar no processo de CAC** e também tem um papel importante no surgimento de placas de aterosclerose.

OBJETIVO

Avaliar CAC e sua associação com a ingestão dietética em homens assintomáticos vivendo em comunidade.

MÉTODOS

O estudo transversal, contou com a participação de **150 homens assintomáticos com idades entre 50 e 70 anos**.

A CAC foi medida através de tomografia computadorizada multidetectores e avaliada de acordo com o método de Agatston, sendo classificada como **sem evidência e CAC mínima (<10) ou CAC moderada e aumentada (>10)**. A prevalência da CAC maior que zero foi de **59,3%**.

A ingestão dietética foi avaliada através do **Registro de Consumo Alimentar (RCA)**. Para o cálculo dos nutrientes foi utilizado o programa de **Nutrição Nutwin® da Escola Paulista de Medicina**.

As variáveis contínuas foram descritas através de média e desvio padrão ou mediana e amplitude interquartilica. As variáveis categóricas foram descritas através de frequências absolutas e relativas. Para comparar variáveis contínuas entre os grupos foi utilizado o teste t-student. Em caso de assimetria, o teste de Mann-Whitney foi aplicado. Para ajustar o consumo de calorias, a Análise de Covariância (ANCOVA) foi aplicada.

RESULTADOS

Tabela 1: Características dos Participantes do Estudo

Variáveis	Amostra total (n=150)
Idade (anos)	58,2 ± 5,3
Tabagismo	18 (12,0%)
Consumo de álcool médio (g/dia)	28,7 (0,0 - 38,8)
Nível da atividade física	
<150 minutos/semana	25 (16,7%)
≥150 minutos/semana	125 (83,3%)
IMC (kg/m ³)	26,8 ± 2,5
Cintura (cm)	96,3±7,9

Tabela 2: Associação da Ingestão de Calorias, Macronutrientes e Micronutrientes com Calcificação Coronária

Variáveis	Sem evidência/CAC mínima (<10) (n=73)	CAC moderada/aumentada (>10) (n=77)	P**	P ajustado
Calorias (Kcal)	2114 ± 581	1947 ± 463	0,053	
Carboidratos (%)	54,1 ± 7,4 [53,8]	50,8 ± 7,0 [51,1]	0,006	0,021
Lipídeos (%)	26,1 ± 5,1 [36,3]	29,0 ± 6,2 [28,9]	0,002	0,006
Ácidos graxos saturados (%)	7,7 ± 2,6 [7,8]	8,7 ± 3,1 [8,6]	0,041	0,462
Colesterol (mg/dia)	260 ± 101 [252]	262 ± 107 [269]	0,894	0,267
Potássio (mg/dia)	3315 ± 977 [3204]	2917 ± 848 [3022]	0,008	0,075

Após o ajuste do modelo para o consumo de calorias, verificou-se que, nos pacientes com níveis de CAC moderada/elevada, em comparação com os pacientes com CAC mínima, o consumo de carboidratos era menor e o de lipídios totais era maior.

Pode-se, então, afirmar que o **menor consumo de carboidratos** (p=0,021) e o **maior consumo de lipídeos** (p=0,006) foram **associados à CAC moderada/aumentada**.

CONCLUSÃO

Uma maior ingestão de lipídeos totais mostrou-se associada com escores mais elevados de CAC. Sugerindo, assim, que **esses fatores de risco devem ser mais considerados na avaliação de risco cardiovascular global clínica do paciente**.