

Artigo comentado por: Dra **Yoná Afonso Francisco**

"Continuous Relation Between Ventricular Mass And Cardiovascular Risk in Essential Hypertension"

Schillaci G et al, Hypertension 2000, 35 : 580-586

Este estudo observacional de 2000 representa um dos marcos na evidência científica da importância prognóstica da hipertrofia ventricular esquerda em pacientes hipertensos. Neste trabalho foram analisadas conjuntamente pacientes hipertensos com diagnóstico recente de hipertensão primária ou essencial, sem outras complicações, ou pacientes hipertensos, sem outras co-morbidades, e que haviam abandonado o tratamento prévio. Tais pacientes (total de 1686) foram selecionados pelo Estudo PIUMA (Progetto Ipertensione Úmbria Monitoraggio Ambulatoriale) entre os anos de 1988 a 1996 e outro grupo de 239 , com características semelhantes, foram consecutivamente selecionados no período de 1990 a 1997, no Hospital Universitário de Cantazaro, também na Itália.

Os critérios de inclusão considerados foram:

- 1) Pressão Sistólica no consultório ≥ 140 mm Hg e ou diastólica ≥ 90 mm Hg (média de 3 medidas) em mais de 3 visitas num intervalo de 1 semana;
- 2) Nenhum tratamento hipertensivo prévio ou abandono do mesmo por um período maior que 4 semanas;
- 3) Nenhuma evidência clínica de outras cardiopatias (doença coronária, valvopatias, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral prévio, causas de hipertensão secundária e outras doenças graves);
- 4) Exames de ecocardiograma com laudos de boa qualidade (modo M e bi-dimensional, com incidências que mostravam o septo, a parede do ventrículo e o diâmetro interno do ventrículo esquerdo conjuntamente). No estudo, para cada exame havia 2 observadores que desconheciam os dados clínicos dos pacientes. Foram computados 5 medidas de cada observador e, posteriormente realizada a análise inter e intra observador tanto no Estudo PIUMA como no Hospital Universitário de Cantazaro. A massa ventricular esquerda foi calculada pela fórmula de Devereux et al e corrigida pela área de superfície corpórea e pela altura, para anular a interferência do sobrepeso.

- 5) Monitorização da Pressão Arterial (MAPA) com mais de uma medida válida por hora nas 24 horas.

Posteriormente ao período de seleção, os pacientes foram tratados por médicos generalistas da região respectiva, com o intuito de reduzir a PA <140 x 90 mm Hg com mudanças de estilo de vida e por medicamentos (diuréticos, beta bloqueadores, inibidores da enzima conversora de angiotensina, bloqueadores dos canais de cálcio, isolados ou em combinação). A maioria dos pacientes continuou a ser atendida no hospital do estudo para controle da PA e exames diagnósticos.

Desfechos Cardiovasculares:

- 1) Eventos Coronários: infarto do miocárdio, angina instável com alterações eletrocardiográficas, morte súbita ou procedimento de revascularização miocárdica;
- 2) Acidente Vascular Cerebral (AVCi) e/ ou ataque isquêmico transitório(AIT);
- 3) Doença Aorto-iliaca (DAOP) oclusiva sintomática diagnosticada por arteriografia
- 4) Obstrução de artérias da retina diagnosticada por fluorangiografia (OAR).
- 5) Insuficiência Cardíaca que exigiu internação hospitalar (IC)
- 6) Insuficiência Renal com necessidade de diálise (IR).

A análise estatística envolveu os seguintes aspectos:

Este estudo reuniu em uma mesma análise duas coortes diferentes, motivo pelo qual houve a necessidade de ajuste estatístico para torná-las comparáveis. Para tanto foi utilizado um método descrito por de Simone et al onde as variáveis estudadas foram corrigidas para se determinar um efeito central, isto é, predominante de cada uma das variáveis.

Os dados paramétricos foram analisados em médias e desvio-padrão.

As taxas de eventos foram descritas por 100 pacientes-anos baseada no número de eventos observados pelo total de número de pacientes expostos a um determinado evento ou censor. Para pacientes que tiveram mais de um evento foi considerado o primeiro para a análise de sobrevida.

As curvas de sobrevida foram estimadas pelo método de Kaplan- Meier e comparado com o uso do teste de Mantel.

O efeito dos fatores prognósticos na sobrevida foi avaliada pelo modelo de Regressão de Cox.

A massa ventricular esquerda foi classificada em quintis e cada um destes quintis foi analisado em relação às seguintes variáveis: idade, sexo, índice de massa corpórea (IMC), superfície de massa corpórea (SMC), tabagismo, diabetes, colesterol total,

pressão arterial sistólica e diastólica na consulta médica (PAS e PAD), PAS e PAD na MAPA de 24h, medidas do septo interventricular, parede posterior do VE (PPVE), dimensão interna do VE (DIVE), massa do VE/ superfície corpórea, massa do VE/ altura, espessura relativa do VE.

As bases de corte entre cada quintil da massa do VE foram respectivamente: entre o 1^o e 2^o quintil 92,3 g/m² para homens e 79,5 g/m² para mulheres, entre o 2^o e 3^o quintil 105,4 g/m², 91,2 g/m², entre 3^o e 4^o quintil, 119,8 g/m² para homens e 101,8 g/m² para mulheres, entre o 4^o e 5^o quintil 138,2 g/m² para homens e 116,4 g/m² para mulheres.

Resultados: durante 4 ± 2 anos de seguimento houve 181 eventos cardiovasculares maiores e 49 mortes por todas as causas. A taxa de eventos em cada quintil foi respectivamente 0,8; 1,7; 2,2; 2,9 e 4,3 por 100 pacientes-anos. Após ajustes para vários fatores de risco, incluindo a MAPA 24 horas o risco relativo para eventos coronários aumentou progressivamente desde o primeiro quintil (1,0), segundo (1,6 IC 95%, 0,8-3,1); terceiro (1,9, IC 95%, 1,01-4,0); quarto (3,0, IC 95%, 1,5-5,8) e quinto (3,5, IC 95%, 1,8-6,8). Para a mortalidade por todas as causas o risco relativo no quintil comparado com o primeiro foi 4,3 (IC 95% 1,2 – 13,4).

Conclusão: este trabalho mostrou a relação independente entre o aumento da massa do ventrículo esquerdo como preditor de eventos cardiovasculares de forma contínua e a partir de valores bem menores do que aqueles considerados tradicionalmente em pacientes com HAS primária não complicada e se lesões em órgão alvo determinada pelas definições clássicas.