

689

Resultados do Estudo Randomizado e Duplo-Cego ATAR (Avaliação da Terapia Combinada de Anlodipino e Ramipril)

ROBERTO DISCHINGER MIRANDA, DECIO MION JUNIOR, JOAO CARLOS ROCHA, OSSVALDO KOHLMANN JUNIOR, BRAULIO LUNA FILHO, MARCO ANTONIO MOTA GOMES, JOSE FRANCISCO KERR SARAIVA, CELSO AMODEO.

Universidade Federal de São Paulo São Paulo SP BRASIL e Faculdade de Ciências Biológicas do CESMAC Maceió AL BRASIL

Fundamento: Entre os benefícios da combinação de anti-hipertensivos destacam-se a possibilidade de maior eficácia e menor incidência de eventos adversos. A combinação de um inibidor da ECA (IECA) a um antagonista do cálcio (ACa) consistentemente reduz a incidência de edema periférico, nem sempre porém demonstrou maior potência anti-hipertensiva. **Objetivo:** Avaliar a eficácia e tolerabilidade da combinação fixa anlodipino/ramipril contra o anlodipino isolado, um dos mais potentes e prescritos anti-hipertensivos em monoterapia. **Delineamento:** Ensaio clínico multicêntrico, randomizado, prospectivo, duplo-cego e de grupos paralelos. **Pacientes:** Foram randomizados 265 pacientes (análise de segurança), sendo que 222 (83,8%) completaram as 18 semanas de tratamento (análise de eficácia). **Métodos:** Após 2 semanas de placebo, aqueles com pressão arterial sistólica (PAS) ≥ 160 e ≤ 199 mmHg e/ou PA diastólica (PAD) ≥ 95 and ≤ 114 mmHg, foram randomizados para anlodipino/ramipril 2,5/2,5 mg ou anlodipino 2,5mg. Nos pacientes com PA $\geq 140/90$ mmHg as doses foram tituladas para 5/5mg e 10/10 mg ou 5 mg e 10 mg, respectivamente. A PA foi medida sempre em triplicata e no período de vale. Foram utilizados o teste exato de Fisher, qui-quadrado ou teste t, conforme apropriado. **Resultados:** Os grupos eram homogêneos. A idade média foi de 58,6 \pm 8,7 anos, 59,6% mulheres, 63,8% brancos e IMC 28,8 \pm 4,3 kg/m². Ambas as estratégias reduziram a PA de forma significativa e no geral foram bem toleradas. As variações em relação ao basal para o anlodipino versus anlodipino/ramipril foram, respectivamente: PAS (mmHg)= -22,84 \pm 1,33 vs -27,51 \pm 1,40 (p=0,01); PAD (mmHg)= -14,64 \pm 0,75 vs -16,41 \pm 0,79 (ns); PP (mmHg)= -8,20 \pm 1,13 vs -11,10 \pm 1,19 (p<0,01); Circunf. do tornozelo (mm)= +4,40 \pm 1,00 vs +0,40 \pm 1,00 (p<0,01). A prevalência de edema clínico foi de 19,4% vs 8,4% (p=0,01) e de tosse 0,75 vs 4,6% (p=0,06). **Conclusões:** A terapia combinada demonstrou uma maior redução da PA, com menor incidência de eventos adversos. Esta combinação de IECA/ACa demonstrou ser uma boa opção para escolha inicial no tratamento anti-hipertensivo.

690

Circunferência abdominal: identificação de valores preditores de hipertensão em um estudo de coorte de base populacional

MIGUEL GUS, FÁBIO T CICHELETO, CAROLINA M MOREIRA, GABRIELA F ESCOBAR, LEILA B MOREIRA, SANDRA C P C FUCHS, MARIO WIEHE, FLAVIO D FUCHS.

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, UFRGS Porto Alegre RS BRASIL.

Introdução: A diversidade das populações investigadas, principalmente em estudos transversais, e uso de variadas definições, explicam a discrepância de valores de circunferência abdominal (CA) que identificam indivíduos sob risco de desenvolver hipertensão arterial sistêmica (HAS). **Objetivo:** Identificar pontos de corte de CA associados com maior probabilidade de desenvolver HAS. **Delineamento:** Estudo de coorte prospectivo. **Métodos:** Foram estudados 588 indivíduos normotensos em uma coorte populacional. Aferiram-se dados demográficos, antropométricos, pressão arterial (PA) e outros fatores de risco para HAS. Casos incidentes foram definidos por PA igual ou maior a 140/90 mmHg ou uso de fármacos anti-hipertensivos. A curva ROC da CA foi utilizada para discriminar homens e mulheres com alto e baixo risco de desenvolver HAS. **Resultados:** Os participantes tinham 38,6 \pm 14,7 anos na avaliação inicial, sendo 56,8% mulheres e 90% brancos. Houve 127 casos incidentes de HAS durante o seguimento de 6,0 \pm 1,7 anos. PA, idade e CA associaram-se independentemente com a incidência de HAS. A área sob a curva ROC foi de 0,64 (95% IC: 0,59-0,69) para identificar casos incidentes de HAS. Os pontos de corte de CA que melhor identificaram indivíduos com risco de desenvolver HAS foram de 80 cm para mulheres e 87 cm para homens. A sensibilidade e a especificidade foram, respectivamente, 73,5% (95% IC: 62,0-82,6%) e 62,0% (95% IC: 56,1-67,7%) para mulheres e 54,2% (95% IC: 41,7-66,3%) e 54,9% (95% IC: 47,9-61,7%) para homens. **Conclusão:** Os valores de CA que melhor identificam homens e mulheres sob risco de desenvolver HAS são menores que os recomendados para populações norte-americanas e próximos aos de diretrizes internacionais para populações sul-americanas. O desenho longitudinal deste estudo reforça o conceito de que o excesso de gordura abdominal é um fator de risco maior para HAS, e que o risco inicia em baixos valores de CA.

691

Índice ambulatorial de rigidez arterial e pressão de pulso de 24 horas: qual o melhor marcador de rigidez arterial em hipertensos resistentes?

ELIZABETH S MUXFELDT, GIL F SALLES.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO - UFRJ RIO DE JANEIRO RJ BRASIL.

A rigidez arterial avaliada pela velocidade de onda de pulso (VOP) é um importante preditor de morbimortalidade cardiovascular. Até então, a pressão de pulso (PP) tem sido frequentemente utilizada como marcador indireto de rigidez arterial. Recentemente, um novo índice derivado da monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA), Índice Ambulatorial de Rigidez Arterial (IARA) foi proposto para avaliar este parâmetro hemodinâmico. **Objetivo:** Investigar se o novo índice é melhor indicador de rigidez arterial do que a PP de 24 horas em hipertensos resistentes, comparando a correlação do IARA e da PP com a VOP aórtica, considerada como padrão ouro para a medida de rigidez arterial. **Métodos:** Estudo seccional envolvendo 221 hipertensos resistentes, submetidos à avaliação clínica, laboratorial, ecocardiográfica, MAPA e medida de VOP aórtica. O IARA foi calculado a partir do cálculo de 1 menos a tangente do ângulo formado pelas medidas de PAD x PAS obtidas nas 24 horas. A VOP foi medida entre a carótida comum direita e as artérias femurais, usando o Complior SP. A análise estatística envolveu regressão linear simples e múltipla para acessar a correlação entre as duas variáveis da MAPA (IARA e PP) e a VOP, não ajustadas e ajustadas por potenciais confundidores (idade, sexo, diabetes, PAM de 24 horas e descenso noturno). **Resultados:** PP ambulatorial e VOP aórtica foram independentemente associadas com idade, sexo, diabetes e PAM de 24 horas, enquanto o IARA foi associado a idade, diabetes e descenso noturno. PP mostrou uma correlação mais forte com VOP aórtica, tanto na análise não ajustada (r=0,43, p<0,001) como na ajustada (r=0,30, p<0,001) do que o IARA (r=0,18, p=0,009 e r=0,04, p=0,58, respectivamente). Na análise dos subgrupos estratificados por idade (>60 anos), sexo, diabetes, padrão dipper ou não dipper e PA ambulatorial controlada ou não, a superioridade da PP sobre o IARA manteve-se evidente em todos os subgrupos. **Conclusão:** Em hipertensos resistentes, a pressão de pulso de 24 horas se correlaciona melhor com rigidez arterial, avaliada pela VOP aórtica do que o novo índice proposto.

692

Recuperação da frequência cardíaca após estresse mental em pacientes parentes de hipertensos

ALEXANDRO COIMBRA, MICHELLE DE MATOS MAGALHAES, RENATA RODRIGUES TEIXEIRA DE CASTRO, PATRÍCIA PEREIRA DA SILVA, ANTONIO CLAUDIO LUCAS DA NOBREGA.

Hospital Pró cardíaco Rio de Janeiro RJ BRASIL e Universidade Federal Fluminense Niterói RJ BRASIL

Introdução: A recuperação da frequência cardíaca (FC) após estresse físico tem sido utilizada para estimar o risco de eventos cardiovasculares em indivíduos saudáveis e cardiopatas. Parentes de hipertensos apresentam risco aumentado de desenvolver a doença e podem apresentar alterações do controle autonômico cardiovascular antes mesmo do diagnóstico. **Objetivo:** Quantificar a recuperação da FC no primeiro minuto após um teste padronizado de estresse mental em indivíduos aparentemente saudáveis, sem medicação e com história familiar de hipertensão arterial sistêmica (hfHAS). **Métodos:** Foram avaliados 19 indivíduos (idade 46 \pm 9 anos), 7 com hfHAS e 12 sem hfHAS, pareados por idade (P=0,122) e sexo (P=0,216), submetidos, ao teste de reatividade cardiovascular ao estresse mental (teste de cores) com conflito auditivo, onde o indivíduo deve identificar as cores de letras coloridas que mudam a cada 2s na tela de um computador. Foram realizadas monitorização contínua eletrocardiográfica digital e hemodinâmica cardiovascular não-invasiva, por fotopleisimografia infravermelha digital (Finometer, FMS, Holanda). **Resultados:** Indivíduos com hfHAS apresentaram maiores valores de PAD (94 \pm 4 mmHg; 81 \pm 2 mmHg; P=0,004) e de FC (71 \pm 4 bpm; 59 \pm 2 bpm; P=0,008) em repouso. Durante a recuperação indivíduos com hfHAS apresentaram maior FC no primeiro minuto (77 \pm 5 bpm; 62 \pm 2 bpm; P=0,012), correspondendo a uma menor recuperação absoluta (7 \pm 2 bpm; 13 \pm 2 bpm; P=0,017) e relativa (8 \pm 2%; 17 \pm 2%; P=0,009). Esta diferença manteve-se no terceiro minuto da recuperação (74 \pm 4; 61 \pm 2 bpm; P=0,005). **Conclusão:** Indivíduos saudáveis, não medicados e com história familiar de hipertensão arterial apresentam menor recuperação da FC ao estresse mental. Outros estudos deverão investigar o impacto clínico desta característica.