



III NCEP/2001

PROGRAMA NACIONAL DE EDUCAÇÃO SOBRE COLESTEROL, EUA: MUDANÇAS RELEVANTES DE INTERESSE PRÁTICO

Foram recentemente publicados na revista JAMA (2001, 285(19): 2485–2497) os resultados do terceiro painel de especialistas que revisaram as recomendações da II edição do “NCEP – National Cholesterol Education Program”, dos Estados Unidos.

Embora as orientações atuais mantenham preocupação com o tratamento agressivo de pacientes com doença arterial coronária (DAC), suas novas abordagens focalizam com igual destaque as medidas de prevenção primária em indivíduos com múltiplos fatores de risco cardiovascular. De acordo com as autoridades norte-americanas, muitos desses indivíduos evoluem com risco relativo alto de sofrer uma complicação grave, como infarto agudo do miocárdio, e também poderiam se beneficiar do tratamento mais intensivo para redução dos níveis de LDL-colesterol, em comparação às taxas-limites que vinham sendo preconizadas anteriormente pelo próprio “NCEP”.

Em relação aos níveis de HDL-colesterol, passaram a ser consideradas taxas de risco aumentado as inferiores a 40 mg/dL.

O quadro acima mostra a classificação de LDL-colesterol, colesterol total e HDL-colesterol adotada pelo “III NCEP” para o tratamento de populações de indivíduos adultos (> 20 anos).

III NCEP/2001

Classificação de LDL-C, CT e HDL-C para indivíduos adultos (mg/dL)

LDL-colesterol	Colesterol total	HDL-colesterol risco
< 100 Ótimo	< 200 Desejável	< 40 Alto
100–129 Próximo a ótimo	200–239 Levemente alto	> 60 Baixo
130–159 Levemente Alto	> 240 Alto	
160–189 Alto		
> 190 Muito alto		

PACIENTES COM RISCO MAIS ELEVADO

Os pacientes incluídos na categoria de risco mais elevado de sofrer uma complicação cardiovascular são aqueles que já apresentam DAC ou têm outra enfermidade com risco equivalente ao de DAC, como as seguintes:

- Outras formas de doença aterosclerótica:
 - doença arterial periférica,
 - aneurisma da aorta abdominal,
 - doença arterial carotídea sintomática,
- diabetes melito.

■ Múltiplos fatores que conferem um risco em dez anos para DAC > 20% (ou seja, 20 de cada 100 pacientes desse tipo vão desenvolver DAC ou apresentar um quadro recorrente de DAC dentro de dez anos).

O diabetes é considerado uma entidade equivalente à DAC porque confere alto risco de um evento coronariano dentro do prazo de dez anos, e também porque é frequentemente associado a múltiplos fatores de risco. Além disso, não se pode esquecer que diabéticos que sofrem infarto agudo do miocárdio evoluem com alto risco de mortalidade tanto a curto como a longo prazo. Daí a recomendação de reduzir as taxas de LDL-colesterol para cifras inferiores a 100 mg/dL nos pacientes diabéticos.

PREVENÇÃO SECUNDÁRIA DE DAC COM REDUÇÃO DE LDL-COLESTEROL

Os resultados de estudos publicados mais recentemente demonstram que, em pacientes com DAC, o tratamento para redução dos níveis de LDL-colesterol diminui efetivamente o risco de:

- mortalidade por todas as causas (total);
- mortalidade coronariana;
- ocorrência de grandes eventos cardiovasculares;
- necessidade de procedimentos de revascularização miocárdica (angioplastia coronária, cirurgia);
- acidentes vasculares cerebrais etc.

Por isso, o "III NCEP" específica para tal população o nível ótimo de 100 mg/dL como o objetivo principal da terapia hipolipemiente na prevenção secundária.

Esse mesmo objetivo é recomendado para pacientes com doença equivalente à DAC, como diabetes etc.

O III relatório do "NCEP" ressalta igualmente que pacientes hospitalizados em decorrência de síndrome coronariana aguda ou para procedimentos coronarianos devem ser obrigatoriamente submetidos a dosagens dos lípides sanguíneos em sua internação ou até 24 horas depois.

Os dados de tais exames devem servir para orientar a introdução da terapia de redução de LDL-colesterol que, quando indicada, deve ser iniciada antes ou no momento da alta hospitalar. ■

IMPORTÂNCIA DA PROTEÍNA C-REATIVA NA PREVENÇÃO PRIMÁRIA DA DAC

Os resultados de estudos mais recentes, como os de P. M. Ridker, C. H. Hennekens, M. J. Stampfer et al. (N Engl J, 2000) e J. Danesh, P. Whinney, M. Walker et al. (BMJ, 2000), têm indicado que a proteína C-reativa, além de ser um marcador inflamatório, constitui um método útil para determinar o risco de doença cardiovascular em indivíduos aparentemente saudáveis, sobretudo com lípidos em níveis baixos.

Por outro lado, já está cientificamente bem demonstrado que o tratamento com vastatinas, a exemplo da sinvastatina, reduz os níveis de proteína C-reativa, independentemente de seus efeitos sobre as taxas de colesterol, e que tais substâncias teriam também propriedades antiinflamatórias.

A partir dessas informações, os Drs. Paul M. Ridker, Nader Rifai, Antonio M. Gotto Jr. et al. desenvolveram um estudo para avaliar se as vastatinas poderiam prevenir a ocorrência de eventos coronarianos em indivíduos com níveis elevados de proteína C-reativa, mas sem apresentar quadro de hiperlipidemia.

MÉTODO/CASUÍSTICA

O estudo foi implementado com a medida dos níveis de proteína C-reativa, na fase basal e após um ano de tratamento, considerando 5.742 participantes do "Air Force/Texas Coronary Atherosclerosis Prevention Study", um estudo com o uso de lovastatina na prevenção primária da DAC.

RESULTADOS CONFIRMAM VALOR DA PROTEÍNA C-REATIVA

Os dados obtidos mostraram que os índices de eventos coronarianos foram significativamente mais elevados nos pacientes com níveis basais de proteína C-reativa mais altos.

O tratamento com lovastatina diminuiu os níveis de proteína C-reativa em 14,8% ($p < 0,001$), um efeito não explicado por suas atividades hipolipemiantes.

Além disso, a lovastatina foi igualmente eficaz em reduzir o risco de eventos coronarianos em pacientes com taxas de colesterol abaixo da média, mas que apresentavam níveis elevados de proteína C-reativa.

CONCLUSÕES OBJETIVAS

Considerando tais resultados, os pesquisadores concluíram que a terapia com vastatinas (lovastatina, sinvastatina etc.) pode ser eficaz na prevenção de eventos coronarianos mesmo em pacientes com níveis relativamente baixos de colesterol, mas com taxas elevadas de proteína C-reativa. ■

(Ref.: Paul M. Ridker, Nader Rifai, Michael Clearfield et al. Measurement of C-reactive protein for the targeting of statin therapy in the primary prevention of acute coronary events. N Engl J Med 2001; 344: 1959-65)