

Editorial

Na busca de mais informações e serviços

O informativo *CárdioLípides* traz uma importante entrevista com o Dr. José Carlos Nicolau, professor da Universidade de São Paulo e diretor da Unidade Clínica de Coronariopatia Aguda do Instituto do Coração (Incor). O tema abordado é o uso de estatinas como forma de prevenção das doenças ateroscleróticas coronarianas. Informações relevantes irão atualizar os interessados no assunto sobre as principais evidências sobre esta prevenção. No final da entrevista foi incluída uma relação dos exames de sangue que devem ser solicitados rotineiramente ao paciente que chega ao hospital com suspeita de coronariopatia aguda, um serviço oferecido

pela Diretoria Científica do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Nesta edição publicamos as seções de educação médica continuada, receitas de saúde – que fornece dicas para uma alimentação saudável fora de casa –, e notícias.

Boa leitura!

Dr. Bruno Caramelli

Diretor Científico do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia.

Dr. Francisco Fonseca

Presidente do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia.

Diretoria do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia

Presidente – **Dr. Francisco Antônio H. Fonseca**

Vice-presidente – **Dr. José Francisco Kerr Saraiva**

Primeiro Secretário – **Dr. Hermes Toros Xavier**

Segundo Secretário – **Dr. Bruce Duncan**

Tesoureiro – **Dr. Abrahão Afiune**

Diretor Científico – **Dr. Bruno Caramelli**

Diretor de Comunicação – **Dr. Sergio Emanuel Kaiser**

Coordenação editorial, criação e diagramação  Atha Comunicação e Editora. E-mail: 1atha@uol.com.br

Estatinas ajudam a prevenir as doenças ateroscleróticas coronarianas



Dr. José Carlos Nicolau

O uso de estatinas é hoje uma importante forma de prevenção das doenças ateroscleróticas coronarianas, pois auxilia no controle dos níveis de LDL-colesterol. Como a ciência médica evolui a passos acelerados, esse tema tem sido objeto de estudos e pesquisas importantes ao longo da última década. Quando deve ser iniciado o tratamento com estatinas? Quais os seus reais benefícios? As indagações são muitas e nem todas têm respostas definitivas. Recentes trabalhos científicos apontam para algumas evidências. Uma delas, de grande relevância, indica que a suspensão do medicamento, quando de uma instabilização coronária aguda, piora o prognóstico do paciente. O Dr. José Carlos Nicolau, Professor da Universidade de São Paulo e diretor da Unidade Clínica de Coronariopatia Aguda do Instituto do Coração (Incor), esclarece nesta entrevista as principais dúvidas sobre assunto.

Dr. Bruno Caramelli – Tenho acompanhado a questão do uso de estatinas na prevenção secundária da doença aterosclerótica coronariana. Alguns trabalhos sugerem o início da utilização durante o episódio agudo, quando o doente está mais fragilizado, pois as-

sim a aderência seria maior. Se o tratamento é iniciado tardiamente, a aderência seria menor. Qual a sua opinião?

Dr. José Carlos Nicolau – Sem dúvida, a aderência é maior quando iniciamos a estatina durante a fase intra-hospitalar de um infarto ou uma angina instável. A grande discussão

gira em torno de evidências sobre os benefícios do início da utilização precoce do medicamento em termos de eventos clínicos. Um levantamento feito na Suécia sugere que a melhor forma é a prescrição inicial, não necessariamente dentro do hospital, mas nos primeiros 14 dias. Por outro lado, outra publicação, também utilizando banco de dados, a partir de estudos multicêntricos, não corroborou os achados do estudo sueco. Finalmente, alguns estudos randomizados testaram a hipótese. O primeiro destes estudos demonstrou diminuição de isquemia sintomática após 16 semanas de tratamento, em um grupo de pacientes submetido a altas doses de estatina, em relação a um grupo que utilizou placebo. O segundo estudo, A a Z, comparou 2 grupos de pacientes: o primeiro não recebeu tratamento com estatina por 4 meses após o episódio agudo, recebendo em seguida dose baixa/moderada do medicamento; o segundo grupo iniciou o tratamento durante a fase aguda, recebendo dose moderada de estatina por 4 meses, seguido de dose alta do fármaco até o final do seguimento. O último grupo obteve melhor resultado, porém apenas a partir do 4º mês de seguimento. Em outras palavras, não houve benefício no uso das estatinas nos primeiros 4 meses.

Dr. Bruno Caramelli – Quem se beneficia mais e como tratar?

Dr. José Carlos Nicolau – A

Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) tem uma atitude extremamente correta ao seguir as evidências. Há alguns anos recomendava a análise do perfil lipídico quando da chegada do paciente com coronariopatia aguda ao hospital, iniciando-se tratamento específico para aqueles que apresentassem LDL acima de 130 mg. No ano de 2004, a Diretriz de infarto fazia a mesma recomendação em termos de análise do perfil lipídico, mas recomendava o início do tratamento em pacientes com LDL acima de 100 mg/dL (ao invés dos 130 mg/dL anteriormente preconizado). Já as últimas diretrizes sobre o assunto, deste ano de 2005, dá um passo além, no sentido de recomendar manter os níveis de LDL nesta população, que é de alto risco, abaixo de 70 mg/dL. Esta recomendação se baseia fundamentalmente no estudo PROVE-IT, onde se demonstrou que a manutenção de níveis mais baixos de LDL (70 mg/dL) são mais eficazes do que níveis maiores. Apesar do tratamento cada vez mais liberal, a SBC não advoga o uso rotineiro e indiscriminado de estatina para todo paciente com coronariopatia aguda. O Incor vem acompanhando, já há anos, estas recomendações. Posso dizer que o uso de estatinas vem aumentando substancialmente na Instituição. Do início de 2004 a esta data, 80% dos pacientes que internaram com coronariopatia aguda saíram com prescrição de estatina em suas receitas. Cinco anos antes, em 1999, esse percentual era de 24%. O grupo, com LDL menor que 100 mg/dL, abrange cerca de 20%

a 30% dos pacientes com coronariopatia aguda. Mas temos de lembrar dois importantes fatores: *não vamos computar os pacientes que já vêm utilizando estatina, porque esses têm uma recomendação formal para não suspender o uso, já que há evidências muito fortes no sentido da piora do prognóstico quando ocorre a suspensão.* Além disso, uma parte dos pacientes que saem do hospital sem estatina passa a utilizá-la depois de 2 ou 3 meses. Sabemos que, principalmente nos pacientes que chegam com mais de 6 horas após o quadro agudo, os níveis de LDL diminuem substancialmente, voltando a subir durante a fase crônica. O indivíduo que sai utilizando estatina geralmente vai necessitar do medicamento por tempo indefinido. A não ser em casos excepcionais, por exemplo no desenvolvimento de uma doença como câncer, que ocasiona a queda do LDL. Em condições normais, o indivíduo continua tomando estatinas pela vida inteira.

Dr. Bruno Caramelli – *A sua orientação é que todo paciente internado por infarto deve dosar o seu perfil lipídico?*

Dr. José Carlos Nicolau – Isso é fundamental. Também é importante a análise dos hábitos do indivíduo. Evidentemente, o paciente que se alimenta com três hambúrgueres todos os dias deve ser avaliado de forma diferente daquele que já vem fazendo uma dieta adequada. Quando o perfil lipídico é analisado nas primeiras 6 horas, a partir do início do quadro agudo, os níveis dosados são muito semelhantes aos níveis basais. Passadas

as 6 horas iniciais, já começa a ocorrer diminuição significativa. Há indivíduos cujo LDL é de 80 ou 70 mg, devido ao infarto, que não necessitam tomar estatina de imediato. A nossa recomendação é que o perfil lipídico seja medido na hora em que o doente chega. Quanto mais rápido, melhor. O exame lipídico passou a fazer parte do arsenal de emergência. Por outro lado, é muito importante recordar que todo paciente internado com coronariopatia aguda, deve avaliar seu perfil lipídico também durante a fase crônica (dois meses após a alta), seja para ajuste de dose, no caso de estar utilizando estatina, seja para avaliar a necessidade desta (nos casos em que sai do hospital sem o medicamento).

Exames de sangue que devem ser pedidos rotineiramente ao paciente que chega ao hospital com coronariopatia aguda:

- Marcadores bioquímicos de necrose miocárdica
- Eletrólitos
- Glicemia
- Creatinina
- Hemograma
- Coagulograma
- Perfil lipídico

Entrevistador:

Dr. Bruno Caramelli
Diretor Científico do Departamento de Aterosclerose da SBC

Entrevistado:

Dr. José Carlos Nicolau
Professor da Universidade de São Paulo e diretor da Unidade Clínica de Coronariopatia Aguda do Instituto do Coração (Incor)



Tema:

Evidências científicas sobre o uso de drogas hipolipemiantes para prevenção da doença de Alzheimer

Questões:

- 1. Já existem evidências que indiquem que taxas elevadas de colesterol estão associadas a maior risco de doença de Alzheimer?**
- 2. Pacientes com dislipidemia devem ser investigados com relação ao diagnóstico de demência?**
- 3. Pacientes com doença de Alzheimer devem receber tratamento com estatinas?**

Respostas do Dr. Paulo Caramelli na próxima edição.



Dicas para se alimentar de forma saudável fora de casa

Sem dúvida, os alimentos preparados em restaurantes contêm maior quantidade de gorduras e calorias do que aqueles que preparamos em casa.

A maior dificuldade que as pessoas enfrentam de manter a dieta é quando saem de casa para comer. Por isso elaboramos algumas dicas que podem ajudar a escolher os pratos mais saudáveis e com baixas calorias.

Atenção à escolha do restaurante!

- Coma em restaurantes que ofereçam variedade de alimentos, por exemplo muitas saladas, legumes, grelhados, assados, cozidos, frutas, etc.
- Fuja daqueles que têm diariamente grande quantidade de gorduras, frituras e molhos.
- Escolha um restaurante próximo do trabalho onde dê para ir a pé.
- Evite restaurantes do tipo *fast-food*, que geralmente oferecem alimentos calóricos e gordurosos.
- Se for almoçar em restaurante por quilo, dê uma olhada no balcão antes de se servir e pense no que vai pegar; veja o balanceamento da refeição.
- Evite bufês de *self-service*, pois neles podemos nos servir à vontade por um preço fixo, o que geralmente nos faz comer além do que precisamos; portanto, prefira restaurantes por quilo ou onde os pratos já vêm montados.

No refeitório da empresa!

- Fale com a nutricionista do refeitório para que ela possa auxiliar você na escolha dos alimentos e oferecer alguma opção de prato mais saudável.

Evite pedir *couvert*!

- O *couvert* geralmente servido é pão, manteiga e outras pequenas porções; espere a chegada do prato e evite beliscar antes da refeição para não aumentar muito a ingestão de calorias.

Pergunte como é feito o prato que deseja pedir!

- Não tenha vergonha de perguntar ao garçom como sua refeição é preparada, quais ingredientes são utilizados; isso vai auxiliar você na escolha adequada do prato.

Siga essas dicas para manter o controle de sua alimentação onde quer que esteja!

Cuidado com as porções!

- Se o restaurante em que você costuma se alimentar serve porções grandes, divida o prato com alguém ou mande vir somente meia porção.

Evite bebidas calóricas!

- Durante as refeições devemos evitar bebidas alcoólicas, refrigerantes e sucos adoçados, pois são altamente calóricos e dificultam a digestão.
- Se sentir necessidade de tomar água, faça-o em pequenas quantidades.

Evite os molhos!

- Geralmente os molhos são preparados com creme de leite e óleos, portanto tempere você mesmo sua salada e peça os pratos com molhos à parte.

Saiba escolher!

- Comece pelas saladas cruas.
- Evite alimentos pesados e calóricos como frituras, molhos gordurosos, feijoada, rabada, doces com cremes etc.
- Substitua os acompanhamentos fritos (batata e mandioca, por exemplo) por legumes cozidos, legumes no vapor ou saladas.



Liliana Paula Bricarello – Nutricionista, especialista em Nutrição em Cardiologia pela SOCESP e Mestre em Ciências Aplicadas à Cardiologia pela UNIFESP. Membro da Diretoria do Departamento de Nutrição da SOCESP.



Combinação de aspirina e clopidogrel funciona bem no tratamento de infartados

Uma importante pesquisa internacional mostrou que o uso combinado do ácido acetilsalicílico (a conhecida aspirina, ou AAS) com o antiplaquetário clopidogrel em pacientes que sofreram infarto agudo do miocárdio é ainda mais eficaz que o uso isolado do AAS. Observou-se a desobstrução das artérias entre o segundo e o oitavo dia de uso do composto, o que diminuiu a necessidade de realização de ponte de safena. O estudo foi realizado em 22 países, entre eles o Brasil. Aqui foi coordenado pelo Dr. José Carlos Nicolau, do Instituto do Coração, e contou com o apoio do Hospital Universitário da USP.

Os pesquisadores ressaltaram que a combinação desses medicamentos reduz a necessidade de intervenções cirúrgicas coronarianas e de instalação

de pontes de safena. Em alguns casos de pacientes que infartaram, a necessidade de ponte caiu 20% durante o período do estudo.

Se o doente estiver em um pronto-socorro sem capacidade de prestar o devido atendimento, há a possibilidade de, com orientação médica, tomar os medicamentos enquanto aguarda a transferência para um hospital adequado. A disseminação desse procedimento emergencial é de grande importância para a redução das complicações do infarto. Os especialistas sugerem que paramédicos deveriam obter autorização para também poder realizar a tarefa. Os medicamentos possuem custo bem inferior ao do cateterismo, também usado em caso de infarto agudo do miocárdio.

New York quer eliminar o uso de gordura trans

Restaurantes da cidade de New York devem deixar de utilizar gordura *trans* em seus pratos. O pedido foi feito pelas autoridades sanitárias da metrópole. Problemas cardíacos são a principal causa de morte na Big Apple. A gordura *trans*, presente em margarinas e óleos para fritura, é um dos fatores responsáveis pelo aumento da ocorrência de doenças do coração.

De acordo com uma investigação municipal, três em cada dez restaurantes nova-iorquinos utilizam esse tipo de gordura. A troca das marcas dos alimentos seria suficiente para mudar essa situação. O Brasil também deve aderir à recomendação. Assim como os Estados Unidos, o país observa o crescimento do número de obesos e dos gastos públicos com problemas de saúde decorrentes do excesso de peso.

Tratamento justo na empresa diminui o risco cardíaco

Um estudo realizado por cientistas suecos constatou que empregados que recebem tratamento justo de seus superiores têm 30% menos risco de sofrer problemas cardíacos. Primeiramente, definiu-se o que seria um chefe justo. Segundo a pesquisa, o bom chefe é aquele que escuta as opiniões dos funcionários, trata todos de forma igual e compartilha informações importantes para a tomada de decisões.

A partir daí, realizou-se o estudo com 6.442 trabalhadores dos serviços sociais de Londres. A pesquisa, que durou catorze anos, foi dividida em duas etapas. Na primeira, identificaram-se pessoas capazes de reconhecer uma situação de trabalho injusta. Na segunda, foi realizado um monitoramento vascular, considerando a existência ou não de outros fatores de risco.

Uma pesquisa anterior comprovou que empregados que convivem com chefes imparciais têm pressão arterial mais baixa. No novo estudo, os problemas cardiovasculares foram analisados separadamente de outras causas, como tabagismo, sedentarismo e obesidade.



AGENDA DE EVENTOS

60º Congresso Virtual da Sociedade Brasileira de Cardiologia

Data: de 2/1 a 20/10 de 2006
Local: Porto Alegre
Informações: 21-2537-8488

33º Congresso da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular (SBCCV)

Data: de 29/3 a 1/4 de 2006
Local: Salvador

23º Congresso de Cardiologia da SOCERJ

Data: de 6/4 a 8/4 de 2006
Local: Rio de Janeiro

IX Congresso Sul-Brasileiro de Cardiologia e XXXIV Congresso Paranaense de Cardiologia

Data: de 20/4 a 22/4 de 2006
Local: Londrina

ACLS

Data: 22/4 e 23/4 de 2006
Local: Londrina

XII Congresso Goiano de Cardiologia

Data: de 27/4 a 29/4 de 2006
Local: Goiânia

XIII Congresso de Cardiologia de Brasília

Data: de 27/4 a 29/4 de 2006
Local: Brasília

XVIII Congresso Brasileiro de Ecocardiografia

Data: de 28/4 a 30/4 de 2006
Local: São Paulo

XVIII Congresso de Cardiologia do Estado da Bahia

Data: de 24/5 a 27/5 de 2006
Local: Salvador

XXVII Congresso da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo

Data: de 25/5 a 27/5 de 2006
Local: São Paulo

VII Congresso Maranhense de Cardiologia

Data: de 25/5 a 27/5 de 2006
Local: São Luís

XXVI Congresso Norte Nordeste de Cardiologia

Data: de 8/6 a 10/6 de 2006
Local: Maceió

XVI Congresso de Cardiologia do Rio Grande do Sul

Data: de 14/6 a 17/6 de 2006
Local: Gramado

I Congresso Amazonense de Cardiologia

Data: de 15/6 a 17/6 de 2006
Local: Manaus

XXVIII Congresso SBHCI/XII Congresso SOLACI

Data: de 19/7 a 21/7 de 2006
Local: Porto Alegre

XI Congresso Paraibano de Cardiologia

Data: de 27/7 a 29/7 de 2006
Local: Campina Grande

XV Curso de Reciclagem em Cardiologia da SOCERJ

Data: de 5/8 a 9/8 de 2006
Local: Rio de Janeiro

XII Congresso da SBC/CE

Data: de 10/8 a 12/8 de 2006
Local: Fortaleza

World Congress of Cardiology 2006: Joint Congress of the European of Cardiology and The Heart Federation

Data: de 2/9 a 6/9 de 2006



ESTUDO COMPARATIVO DE ROSUVASTATINA EM PACIENTES COM SÍNDROME METABÓLICA – RESULTADOS DO COMETS

Anton FH Stalenhoef, Christie M. Ballantyne, Cinzia Sarti, Jan Murin, Serena Tonstad, Helen Rose, and Wim Wilpshaar. *European Heart Journal* 2005; DEC;26(24)266472

Recentemente, foi divulgado um novo estudo que avaliou a eficácia e a segurança da rosuvastatina em comparação a atorvastatina e placebo em pacientes com síndrome metabólica (SM), o estudo COMETS.

A síndrome metabólica pode ser compreendida como um conjunto de alterações complexas que aumentam o risco da doença arterial coronariana (DAC), sendo seus principais componentes a obesidade central, a dislipidemia, a intolerância à glicose e a hipertensão arterial. Embora a prevalência da SM varie de acordo com os critérios usados para definir esta condição, as estimativas apontam para uma tendência crescente de obesidade e diabetes em todo o mundo. Não há dúvidas sobre o papel da mudança de estilo de vida na redução dos fatores de risco associados à SM, porém muitos pacientes também se beneficiam da terapia farmacológica no manejo de hipertensão, dislipidemia e hiperglicemia. O estudo foi duplo-cego, *double-dummy*, randômico, multicêntrico, com três braços e em grupos paralelos. Os pacientes seguiram um período de quatro semanas de orientação dietética e de alterações de estilo de vida, de acordo com o NCEP ATP III. Em seguida, aqueles elegíveis foram randomizados na proporção de 2:2:1 para receber rosuvastatina 10 mg, atorvastatina 10 mg ou placebo uma vez ao dia por seis semanas. Os grupos de rosuvastatina 10 mg e placebo passaram então à dose de 20 mg e o grupo atorvastatina 10 mg teve sua dose dobrada por mais seis semanas para que fosse avaliado se haveria benefícios adicionais com o aumento da dose. Um total de 1.338 pacientes entrou no período de orientação dietética e 401 foram randomizados e receberam as medicações do estudo. Os grupos de tratamento eram similares aos do início do estudo em relação às variáveis clínicas e demográficas.

A rosuvastatina foi significativamente mais eficaz que a atorvastatina na redução do LDL-C, desfecho primário do estudo, após seis e doze semanas de tratamento (Figura 1). Um efeito clínico relevante ficou demonstrado pela obtenção significativa das metas de LDL-C pelo grupo rosuvastatina. A melhora percentual de colesterol total, HDL-C, ApoA1, ApoB e não-HDL-C foi significativamente maior no grupo rosuvastatina nas semanas 6 e 12.

O aumento do HDL-C foi de 10,4% com a rosuvastatina, em comparação a 5,8% com a atorvastatina ($p < 0,01$). A diminuição dos triglicérides foi similar nos dois grupos de tratamento ativo. Ambos os fármacos reduziram a PCR dos pacientes com valores ≥ 2 mg/dL, sem diferença significativa entre os grupos nas semanas 6 e 12. Os dois fármacos foram bem tolerados, com incidência similar de eventos adversos.

De acordo com os autores, tais resultados são consistentes com as análises de subgrupos de outros estudos da rosuvastatina que incluíram pacientes com SM. Essa consistência também é observada nos pacientes hipercolesterolêmicos de estudos prévios da droga, que se mostrou significativamente mais eficaz que a atorvastatina e outras estatinas na redução do LDL-C e no aumento do HDL-C.

Os autores concluem que, em doses equivalentes, a rosuvastatina apresentou um efeito significativamente maior que o observado com a atorvastatina na redução do LDL-C e na melhora do perfil lipídico, levando mais pacientes a atingir as metas lipídicas e sendo bem tolerada nos pacientes com síndrome metabólica.

