

IV DIRETRIZ BRASILEIRA SOBRE DISLIPIDEMIAS E PREVENÇÃO DA ATEROSCLEROSE

Publicou-se recentemente a nova Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose, elaborada pelo Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia.

O grau de recomendação e o nível de evidência foram baseados na Tabela 1.

Nessa diretriz, além de se ressaltarem importantes aspectos da aterogênese, de dados epidemiológicos da aterosclerose no Brasil e da avaliação laboratorial da dislipidemia, destaque especialmente apropriado foi dado à estratificação de risco e às metas lipídicas para prevenção e tratamento da aterosclerose.

Em relação à estratificação de risco, a primeira etapa é identificar se o paciente apresenta doença aterosclerótica significativa ou seus equivalentes (Tabela 2). Esses indivíduos já são considerados de alto risco de eventos coronarianos. Entre os que não apresentam doença aterosclerótica significativa, pode-se estimar pelo ERF (Escore de Risco de Framingham) aqueles de baixo risco (probabilidade menor que 10% de infarto ou morte por doença coronariana no período de 10 anos), de risco alto (probabilidade maior

que 20%) e de risco intermediário (probabilidade entre 10% e 20%).

A estimativa do risco de eventos coronarianos pelo ERF é menos precisa nos indivíduos da faixa intermediária (entre os quais ocorre a maioria dos eventos), na avaliação do risco cardiovascular a curto prazo, nos jovens e nas mulheres. Foram propostos então os agravantes de risco, que levam o indivíduo à categoria imediatamente superior (IIaB) (Tabela 3).

Os pacientes de baixo e médio risco que se enquadrem em critérios agravantes podem ser classificados em uma categoria de risco acima daquela estimada isoladamente pelo escore.

Todos aqueles com dislipidemia isolada e os que têm risco cardiovascular aumentado devem ser orientados a instituir medidas não-farmacológicas, relacionadas à mudança de estilo de vida (I A) (Tabela 4).

Grau de recomendação

- I: Existem consenso e evidência em favor da indicação
- IIa: Existe divergência, mas a maioria aprova
- IIb: Existe divergência e divisão de opiniões
- III: Não se recomenda

Nível de evidência

- A: Múltiplos ensaios clínicos controlados, aleatorizados.
- B: Um único estudo clínico controlado aleatorizado, estudos clínicos não aleatorizados ou estudos observacionais bem desenhados.
- C: Série ou relatos de casos.
- D: Consenso de especialistas.

Tabela 1 - Grau de recomendação e nível de evidência

- Doença Arterial Coronária manifesta atual ou prévia (angina estável, isquemia silenciosa, síndrome coronária aguda ou cardiomiopatia isquêmica).
- Doença Arterial Cerebrovascular (acidente vascular cerebral isquêmico ou ataque isquêmico transitório)
- Doença aneurismática ou estenótica de aorta abdominal ou seus ramos
- Doença arterial periférica
- Doença Arterial Carotídea (Estenose maior ou igual a 50%)
- Diabetes melito tipo 1 ou 2

Tabela 2 - Critérios para identificação de pacientes com alto risco de eventos coronários (Fase 1)

- História familiar de doença coronária prematura (parente de primeiro grau masculino < 55 anos ou feminino < 65 anos)
- Síndrome metabólica
- Micro ou macroalbuminúria (>30g/min)
- Hipertrofia ventricular esquerda
- Insuficiência renal crônica (creatinina $\geq 1,5$ mg/dL ou clearance de creatinina < 60 ml/min)
- Proteína-C-reativa de alta sensibilidade >3 mg/L (na ausência de etiologia não aterosclerótica)
- Exame complementar com evidência de doença aterosclerótica subclínica
- Escore de cálcio coronário > 100 ou > percentil 75 para idade ou sexo
- Espessamento de carótida (IMT) máximo > 1 mm.
- Índice tornozelo braquial-ITB < 0,9

Tabela 3 - Fatores agravantes de risco

Risco em 10 anos	Meta terapêutica (mg/dL)	
	LDL-C*	Não-HDL-C
Baixo risco	< 10%	<160
Risco intermediário	10 a 20%	<130
Alto risco ou diabéticos	<100 (opcional > 20%)	<130 (opcional <100)
Aterosclerose significativa	>20%	<70
	HDL-C	TG
Homens	≥ 40	<150
Mulheres	≥ 50	<150
Diabéticos	≥ 50	<150

* Estimado pela equação de Friedewald

Obs.: quando não se conseguem as metas, recomenda-se obtenção da maior redução possível.

Tabela 4 - Metas para terapêutica preventiva com hipolipemiantes

O tratamento medicamentoso deve ser instituído sempre que não houver resposta satisfatória das mudanças de estilo de vida (MEV) ou diante da impossibilidade de aguardar seus efeitos (Tabela 5).

	Grau de Recomendação	Nível de Evidência
Estatinas	I	A
Ezetimiba	IIa	C
(intolerância a estatina)		
Estatinas + Ezetimiba	IIa°	B
	IIa•	C
	IIa†	D
Resina de troca	IIa*	A

° em casos de elevações persistentes do LDL-C apesar de doses adequadas de estatinas.

• em casos de HF † como primeira opção terapêutica * mulheres em período reprodutivo

IV Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose 2007 Arq Bras Cardiol- Suplemento 88 - Abril 2007

Tabela 5 - Terapêutica farmacológica



DEPARTAMENTO DE ATEROSCLEROSE

Sociedade Brasileira de Cardiologia

Apoio:
AstraZeneca
CARDIOVASCULAR