

IV Diretriz

BRASILEIRA SOBRE DISLIPIDEMIAS E PREVENÇÃO DA ATEROSCLEROSE DEPARTAMENTO DE ATEROSCLEROSE DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA

Coordenação Geral

Andrei C. Sposito

Bruno Caramelli

Francisco A. H. Fonseca

Marcelo C. Bertolami

Coordenador de Normalizações e Diretrizes

Anis Rassi Jr.

Editor da Diretriz

Andrei C. Sposito

Membros do Comitê

Abrahão Afiune Neto, Aguinaldo David Souza, Ana Maria Pitta Lottenberg, Ana Paula Chacra, André A. Faludi, Andréia A. Loures-Vale, Antônio Carlos Carvalho, Bruce Duncan, Bruno Gelonese, Carisi Polanczyk, Carlos Roberto M. Rodrigues Sobrinho, Carlos Scherr, Cynthia Karla, Dikran Armaganjian, Emílio Moriguchi, Francisco Saraiva, Geraldo Pichetti, Hermes Toros Xavier, Hilton Chaves, Jairo Lins Borges, Jayme Diament, Jorge Ilha Guimarães, José Carlos Nicolau, José Ernesto dos Santos, José Jayme Galvão de Lima, José Luiz Vieira, José Paulo Novazzi, José Rocha Faria Neto, Kerginaldo P. Torres, Leonor de Almeida Pinto, Liliana Bricarello, Luiz Carlos Bodanese, Luiz Introcaso, Marcus Vinícius Bolívar Malachias, Maria Cristina Izar, Maria Eliane C. Magalhães, Maria Inês Schmidt, Mariléia Scartezini, Moacir Nobre, Murilo Foppa, Neusa A. Forti, Otávio Berwanger, Otávio C. E. Gebara, Otávio Rizzi Coelho, Raul C. Maranhão, Raul Dias dos Santos F^o, Rosana Perim Costa, Sandhi Barreto, Sérgio Kaiser, Sílvia Ihara, Tales de Carvalho, Tania Leme Rocha Martinez, Waldir Gabriel Miranda, Relvas, Wilson Salgado

IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose

Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia

Recomendações

Classe I: existe consenso e evidência em favor da indicação.

Classe IIa: existe divergência, mas a maioria aprova.

Classe IIb: existe divergência e divisão de opiniões.

Classe III: não se recomenda.

Evidências

Nível A: múltiplos ensaios clínicos controlados, aleatorizados.

Nível B: um único estudo clínico controlado aleatorizado, estudos clínicos não aleatorizados ou estudos observacionais bem desenhados.

Nível C: séries ou relatos de casos.

Nível D: consenso de especialistas.

Estratificação de risco e metas lipídicas para prevenção e tratamento da aterosclerose

(Ver tabela 1)

Presença de doença aterosclerótica significativa ou de seus equivalentes

Recomendação grau I (nível de evidência A)

- Primeiro passo na estratificação de risco: identificação de manifestações clínicas da doença aterosclerótica ou de seus equivalentes (Tabela 1). Indivíduos assim identificados possuem risco > 20% em 10 anos de apresentar novos eventos cardiovasculares

(Ver tabelas 2 e 3)

Score de risco

Recomendação grau I (nível de evidência A)

- Para os indivíduos sem aterosclerose significativa: score de risco de Framingham (ERF). Resultado: risco baixo (probabilidade < 10% de infarto ou morte por doença coronária em 10 anos) ou risco alto (probabilidade > 20% de infarto ou morte por doença coronária em 10 anos)
- Para os indivíduos de risco intermediário (probabilidade entre 10% e 20% de infarto ou morte por doença coronária em 10 anos), maior atenção deverá ser dada aos fatores agravantes para aperfeiçoar a acurácia do ERF (Tabela 2)

Recomendação grau IIa (nível de evidência B)

- A síndrome metabólica, em qualquer categoria de risco, constitui fator agravante (Tabela 3)

Fatores agravantes

Recomendação grau IIa (nível de evidência B)

- Indivíduos de baixo e médio risco com critérios agravantes podem ser classificados em uma categoria de risco acima daquela estimada isoladamente pelo ERF
- Os testes bioquímicos e/ou de imagem para detecção da aterosclerose subclínica não são preconizados de rotina, mas podem ser usados em indivíduos com história familiar de doença aterosclerótica precoce ou que sejam de risco intermediário pelo ERF

(Ver tabelas 4 e 5)

Metas terapêuticas e reavaliação do risco

Recomendação grau I (nível de evidência A)

- Todos os pacientes com dislipidemia isolada e aqueles com risco cardiovascular aumentado devem ser orientados para medidas não-farmacológicas de mudanças do estilo de vida (MEV)
- O tratamento farmacológico deve ser iniciado naqueles que não atingirem as metas após MEV (risco baixo: 6 meses após ou intermediário: 3 meses após) (Tabela 4). Nos indivíduos de alto risco, as MEV e o tratamento farmacológico devem ser iniciados simultaneamente
- Recomenda-se a meta de LDL-C ≤ 70 mg/dL para todos os indivíduos com doença aterosclerótica significativa (Tabela 5)

Tabela 1. Critério para identificação de pacientes com alto risco de eventos coronários (Fase 1)

| |
|---|
| • 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 |

IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose
Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia

Tabela 2. Escores de risco de Framingham (ERF) para cálculo de risco absoluto de infarto e morte em 10 anos para homens e mulheres (Fase 2)

| Homens | | | | | | Mulheres | | | | | |
|------------------------|-------------|--------|---------|-------|----------------------|------------------------|-------|---------|--------|-------|-------|
| Idade | | Pontos | | | | Idade | | Pontos | | | |
| 20-34 | | -9 | | | | 20-34 | | -7 | | | |
| 35-39 | | -4 | | | | 35-39 | | -3 | | | |
| 40-44 | | 0 | | | | 40-44 | | 0 | | | |
| 45-49 | | 3 | | | | 45-49 | | 3 | | | |
| 50-54 | | 6 | | | | 50-54 | | 6 | | | |
| 55-59 | | 8 | | | | 55-59 | | 8 | | | |
| 60-64 | | 10 | | | | 60-64 | | 10 | | | |
| 65-69 | | 11 | | | | 65-69 | | 12 | | | |
| 70-74 | | 12 | | | | 70-74 | | 14 | | | |
| 75-79 | | 13 | | | | 75-79 | | 16 | | | |
| Colesterol | Idade | Idade | Idade | Idade | Idade | Colesterol | Idade | Idade | Idade | Idade | Idade |
| Total mg/dL | 20-39 | 40-49 | 50-59 | 60-69 | 70-79 | Total mg/dL | 20-39 | 40-49 | 50-59 | 60-69 | 70-79 |
| < 160 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | < 160 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 160-199 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 160-199 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 |
| 200-239 | 7 | 5 | 3 | 1 | 0 | 200-239 | 8 | 6 | 4 | 2 | 1 |
| 240-279 | 9 | 6 | 4 | 2 | 1 | 240-279 | 11 | 8 | 5 | 3 | 2 |
| ≥ 280 | 11 | 8 | 5 | 3 | 1 | ≥ 280 | 13 | 10 | 7 | 4 | 2 |
| Fumo | Idade | Idade | Idade | Idade | Idade | Fumo | Idade | Idade | Idade | Idade | Idade |
| | 20-39 | 40-49 | 50-59 | 60-69 | 70-79 | | 20-39 | 40-49 | 50-59 | 60-69 | 70-79 |
| Não | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Não | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Sim | 8 | 5 | 3 | 1 | 1 | Sim | 9 | 7 | 4 | 2 | 1 |
| HDL-colesterol (mg/dL) | | | Pontos | | | HDL-colesterol (mg/dL) | | | Pontos | | |
| ≥ 60 | | | -1 | | | ≥ 60 | | | -1 | | |
| 50-59 | | | 0 | | | 50-59 | | | 0 | | |
| 40-49 | | | 1 | | | 40-49 | | | 1 | | |
| < 40 | | | 2 | | | < 40 | | | 2 | | |
| PA (sistólica, mmHg) | Não-tratada | | Tratada | | PA (sistólica, mmHg) | Não-tratada | | Tratada | | | |
| < 120 | 0 | | 0 | | < 120 | 0 | | 0 | | | |
| 120-129 | 0 | | 1 | | 120-129 | 1 | | 3 | | | |
| 130-139 | 1 | | 2 | | 130-139 | 2 | | 4 | | | |
| 140-159 | 1 | | 2 | | 140-159 | 3 | | 5 | | | |
| > 160 | 2 | | 3 | | > 160 | 4 | | 6 | | | |

continua

cont.

| Total de pontos | Risco absoluto em 10 anos (%) | Total de pontos | Risco absoluto em 10 anos (%) |
|-----------------|-------------------------------|-----------------|-------------------------------|
| < 0 | < 1 | < 9 | < 1 |
| 0 | 1 | 9 | 1 |
| 1 | 1 | 10 | 1 |
| 2 | 1 | 11 | 1 |
| 3 | 1 | 12 | 1 |
| 4 | 1 | 13 | 2 |
| 5 | 2 | 14 | 2 |
| 6 | 2 | 15 | 3 |
| 7 | 3 | 16 | 4 |
| 8 | 4 | 17 | 5 |
| 9 | 5 | 18 | 6 |
| 10 | 6 | 19 | 8 |
| 11 | 8 | 20 | 11 |
| 12 | 10 | 21 | 14 |
| 13 | 12 | 22 | 17 |
| 14 | 16 | 23 | 22 |
| 15 | 20 | 24 | 27 |
| 16 | 25 | ≥ 25 | ≥ 30 |
| ≥ 17 | ≥ 30 | | |

Tabela 3. Critérios diagnósticos para síndrome metabólica

| Critério | Definição |
|---|---|
| Obesidade abdominal | |
| Homens | |
| Branco de origem europeia e negros | ≥ 94 cm |
| Sul-asiáticos, ameríndios e chineses | ≥ 90 cm |
| Japoneses | ≥ 85 cm |
| Mulheres | |
| Branca de origem europeia, negra, sul-asiática, ameríndia e chinesa | ≥ 80 cm |
| Japonesa | ≥ 90 cm |
| Triglicérides | ≥ 150 mg/dL ou tratamento para hipertrigliceridemia |
| HDL-colesterol | |
| Homens | < 40 mg/dL |
| Mulheres | < 50 mg/dL |
| Pressão arterial sistêmica | |
| Sistólica, ou | ≥ 130 mmHg ou tratamento para HAS |
| Diastólica | ≥ 85 mmHg ou tratamento para HAS |
| Glicemia de jejum | ≥ 100 mg/dL ou tratamento para DM |
| O diagnóstico de síndrome metabólica inclui a presença de obesidade abdominal, como condição essencial, e de dois ou mais dos critérios acima | |

Tabela 4. Medidas terapêuticas iniciais e período de reavaliação

| Estrato | Medida terapêutica inicial | Reavaliação das metas |
|-------------------------|--------------------------------|-----------------------|
| Baixo risco | MEV | 6 meses |
| Risco intermediário | MEV | 3 meses |
| Alto risco | MEV + Tratamento farmacológico | 3 meses |
| Aterosclerose manifesta | MEV + Tratamento farmacológico | Individualizada |

Tabela 5. Metas para terapêutica preventiva em hipolipemiantes

| | Risco em 10 anos | Meta terapêutica (mg/dL) | |
|-----------------------------|------------------|--------------------------|------------------------|
| | | LDL-C* | Não-HDL-C |
| Baixo risco | < 10% | < 160 | < 190 |
| Risco intermediário | 10 a 20% | < 130 | < 160 |
| Alto risco ou diabéticos | > 20% | < 100 (opcional < 70) | < 130 (opcional < 100) |
| Aterosclerose significativa | > 20% | < 70 | < 100 |
| | | 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 de maior redução possível.

Tratamento não-medicamentoso das dislipidemias e medidas de prevenção da aterosclerose

Terapia nutricional da hipercolesterolemia

Recomendação grau I (nível de evidência B)

- A terapia nutricional deve ser adotada na prevenção e no tratamento das dislipidemias, contemplando questões culturais, regionais, sociais e econômicas, devendo ser agradável ao paladar e visualmente atraente. O paciente deverá ser orientado em relação a seleção, quantidade, preparo e substituições dos alimentos

Recomendação grau IIa (nível de evidência B)

- Ingestão de fibra alimentar de 20 a 30 g/dia (5 a 10 g solúveis)
- Ingestão de 3 a 4 g/dia de fitosteróis como adjuvante ao tratamento hipolipemiante

Recomendação grau IIa (nível de evidência D)

- Não há consenso em relação à quantidade máxima permitida, no entanto, recomenda-se que a ingestão de gordura trans deva ser < 1% das calorias totais
- Alimentação rica em frutas e vegetais diversificados fornece doses apropriadas de substâncias antioxidantes

Recomendação grau III (nível de evidência A)

- Não há evidência de que suplementos de vitaminas antioxidantes previnam manifestações clínicas da aterosclerose

Terapia nutricional da hipertrigliceridemia

Recomendação grau IIa (nível de evidência D)

- Na hipertrigliceridemia secundária à obesidade ou ao diabetes, recomendam-se, respectivamente, dieta hipocalórica, adequação do consumo de carboidratos e gordura, controle da hiperglicemia, além da restrição total do consumo de álcool

Atividade física

Recomendação grau I (nível de evidência A)

- A atividade física regular constitui medida auxiliar para o controle das dislipidemias e tratamento da doença arterial coronária

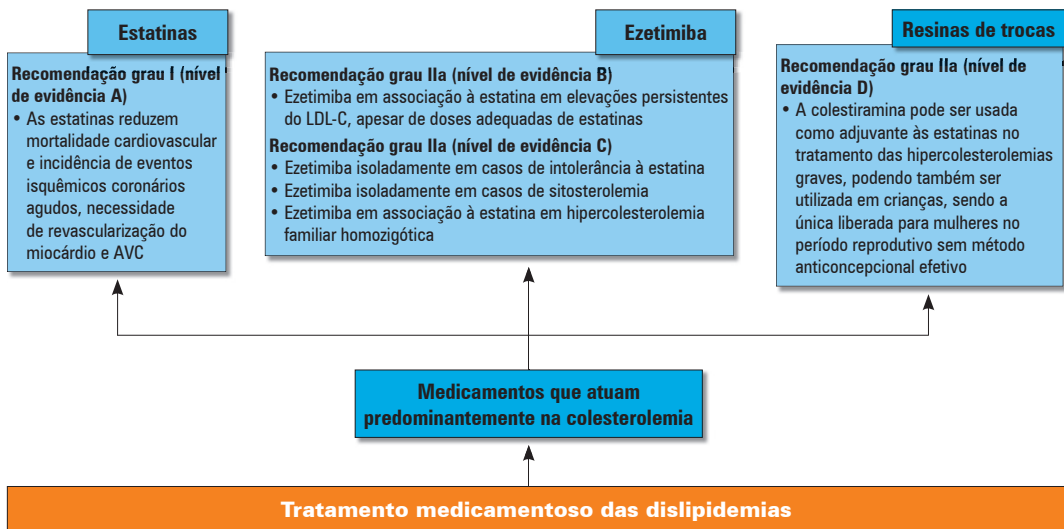
Cessação do tabagismo

Recomendação grau I (nível de evidência A)

- A cessação do tabagismo constitui medida fundamental e prioritária na prevenção primária e secundária da aterosclerose

Tabela 6. Fatores agravantes de risco

| |
|--|
| • História familiar de doença coronária prematura (parente de primeiro grau masculino < 55 anos ou feminino < 65 anos) |
| • Síndrome metabólica |
| • Micro ou macroalbuminúria (> 30 ug/min) |
| • Hipertrofia ventricular esquerda |
| • Insuficiência renal crônica (creatinina > 1,5 mg/dL ou <i>clearance</i> de creatinina < 60 ml/min) |
| • Proteína C reativa de alta sensibilidade > 3 mg/L (na ausência de etiologia não esclerótica) |
| • Exame complementar com evidência de doença aterosclerótica subclínica <ul style="list-style-type: none">• 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 |



Medicamentos que atuam predominantemente nos TG

Fibratos

Recomendação grau I (nível de evidência A)

- Os fibratos são indicados no tratamento da hipertrigliceridemia endógena, quando houver falha das medidas não-farmacológicas. Quando os TG forem muito elevados (> 500 mg/dL), são recomendados inicialmente, com as medidas não-farmacológicas

Recomendação grau IIa (nível de evidência C)

- Os fibratos são indicados no tratamento da dislipidemia mista com predomínio de hipertrigliceridemia

Ácido nicotínico

Recomendação grau IIa (nível de evidência A)

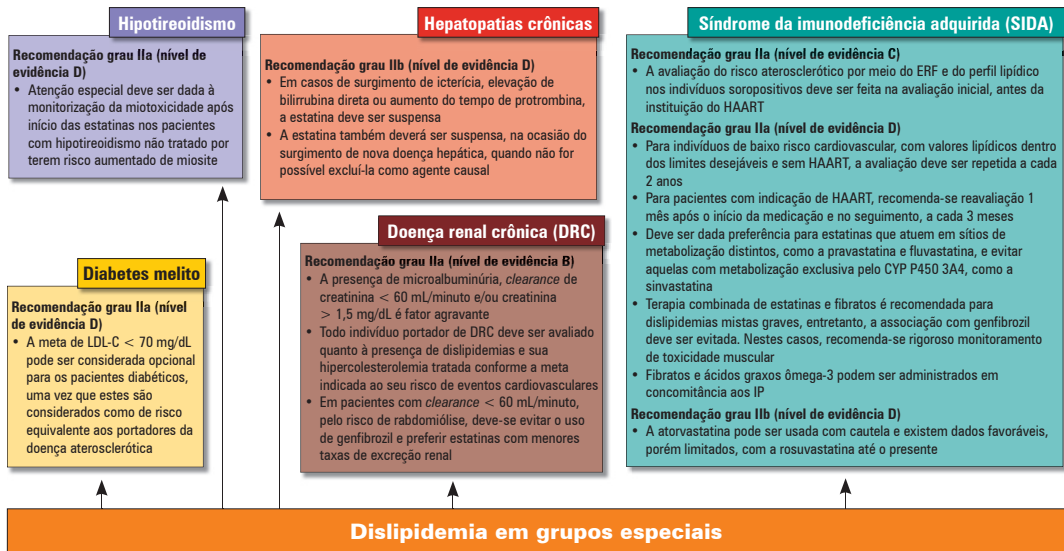
- O ácido nicotínico pode ser utilizado em pacientes com HDL-C baixo isolado, mesmo sem hipertrigliceridemia associada, e como alternativa aos fibratos e estatinas ou em associação com esses fármacos em portadores de hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia ou dislipidemia mista

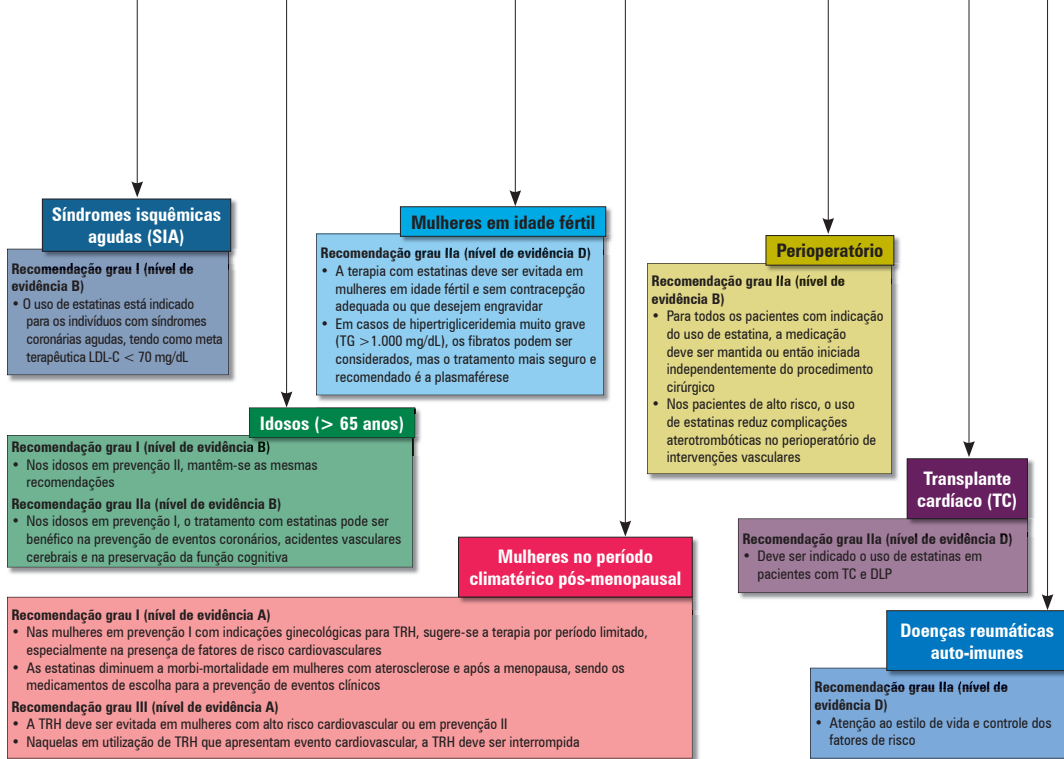
Medicamentos que atuam no HDL-C

Novos estudos estão em andamento e deverão definir a recomendação desta terapêutica na prática clínica

IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose

Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia





Referências bibliográficas: Consultar o texto original da diretriz – IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção de Aterosclerose <http://publicacoes.cardiol.br>