

MINISTÉRIO DA SAÚDE

DISLIPIDEMIA:
PREVENÇÃO DE EVENTOS
CARDIOVASCULARES E
PANCREATITEPORTARIA CONJUNTA SCTIE/SAES/MS
Nº 8, DE 30 DE JULHO DE 2019

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico das dislipidemias é laboratorial e para o estadiamento do risco cardiovascular são importantes o exame clínico e a história familiar.

AVALIAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR

Pacientes com história de doença arterial coronariana e periférica, insuficiência cardíaca isquêmica, ataque isquêmico transitório ou acidente vascular cerebral isquêmico têm elevado risco de novos eventos.

O Escore de Risco de Framingham (conforme o Apêndice 2 do PCDT), utiliza como critérios sexo, idade, níveis lipídicos, tabagismo e níveis de pressão arterial para estratificação de risco cardiovascular. Esta é uma das ferramentas mais aceitas e utilizadas pela comunidade científica médica, apesar de algumas limitações, particularmente em pacientes jovens e doentes de diabetes melito.

O escore de risco global (ERG) também pode ser utilizado para a estratificação de risco, por sexo, de doença cardiovascular.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

O diagnóstico de dislipidemia baseia-se na dosagem dos lipídios séricos: colesterol total, HDL-C (LDL pela fórmula de Friedewald) e triglicerídeos.

Fórmula de Friedewald:

- Se triglicerídeos < 400mg/dL, utilizar como critério LDL-C:
[LDL-C = (colesterol total [CT] - HDL-C) - (triglicerídios [TG]/5)],
- Se triglicerídeos > 400 mg/dL - utilizar-se como critério o colesterol não HDL:
[não HDL-C = CT - HDL-C], cujo alvo é 30 mg/dL acima do alvo de LDL-C (isto é, para pacientes cujo LDL-C alvo for 100 mg/dL, o alvo de não HDL-C será 130 mg/dL).

DIAGNÓSTICO DE HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR

Deve ser considerado se houver níveis muito elevados de colesterol (acima do percentil 90), presença de xantomas tendinosos, arco córneo em paciente com menos de 45 anos, xantomas tuberosos ou xantelasma em pacientes com menos de 25 anos e familiar de primeiro grau com as manifestações anteriores. Os critérios diagnósticos de hipercolesterolemia familiar definidos pela OMS estão descritos no Quadro 1 do PCDT de Dislipidemia.

INTRODUÇÃO

A dislipidemia se caracteriza por anomalias nos níveis de lipídios no sangue, principalmente do colesterol total e dos triglicerídeos. Nesta condição identifica-se as seguintes alterações:

- Alterações nos níveis de lipídios no sangue:
 - LDL-C elevado – aumento do risco de doença coronariana aguda (DAC).
 - Triglicerídeos elevados – aumento do risco de desenvolver pancreatite aguda.
- Fator de risco cardiovascular relevante.
- Agravamento do quadro na presença de outros fatores de risco como hipertensão arterial sistêmica, tabagismo, obesidade, diabetes melito e história familiar.

CID-10

E78.0 Hipercolesterolemia pura

E78.1 Hipertrigliceridemia pura

E78.2 Hiperlipidemia mista

E78.3 Hiperquilomicronemia

E78.4 Outras hiperlipidemias

E78.5 Hiperlipidemia não especificada

E78.6 Deficiências de lipoproteínas

E78.8 Outros distúrbios do metabolismo de lipoproteínas

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes que apresentarem qualquer um dos critérios abaixo:

Diabete melito em homens com idade superior a 45 anos e em mulheres com mais de 50 anos, com pelo menos um fator de risco cardiovascular maior (tabagismo, hipertensão arterial sistêmica ou história familiar em parente de primeiro grau de doença arterial coronariana precoce – antes dos 55 anos para homens e dos 65 anos para mulheres).

Evidência clínica de doença aterosclerótica, entendendo-se como tal qualquer um dos itens abaixo:

1. Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) ou revascularização miocárdica prévios;
2. Evidência de doença arterial coronariana por cineangiocoronariografia;
3. Angina com evidência objetiva de isquemia miocárdica demonstrada por teste provocativo (por exemplo: ergometria, cintilografia miocárdica ou ecocardiografia de estresse);
4. Isquemia cerebral em exames de imagem (tomografia computadorizada ou ressonância magnética de encéfalo);
5. História de acidente isquêmico transitório com evidência de aterosclerose em território carotídeo, à ultrassonografia ou arteriografia, ou endarterectomia prévia;
6. Evidência de doença arterial periférica manifestada por claudicação intermitente ou história de revascularização.

Moderado a alto risco cardiovascular definido pelo Escore de Risco de Framingham com risco superior a 10% em 10 anos.

Diagnóstico definitivo de hiperlipidemia familiar, de acordo com Quadro 1.

Para uso de fibrato de genfibrozila (Não pode ser associada com estatina pelo risco de rabdomiólise) deve apresentar qualquer um dos critérios abaixo:

- a. intolerantes ou refratários ao tratamento com estatinas e com triglicerídeos acima de 200 mg/dL, HDL inferior a 40 mg/dL, refratários a tratamento dietético por pelo menos 3 meses e com confirmação laboratorial (pelo menos duas determinações de cada exame com duas semanas de intervalo);
- b. intolerantes ou refratários ao tratamento com estatinas e com triglicerídeos acima de 500 mg/dL (objetivando prevenção de pancreatite).
 - ▶ Serão incluídos para tratamento com os fibratos (fenofibrato, ciprofibrato, etofibrato e bezafibrato) pacientes sem indicação de uso de estatinas e com triglicerídeos acima de 500 mg/dL (objetivando prevenção de pancreatite).
 - ▶ Serão incluídos para tratamento com ácido nicotínico somente pacientes com indicação de uso de estatinas, porém intolerantes ou com contraindicação a elas e que não preencham os critérios para uso de fibratos.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que apresentarem **uma das seguintes condições:**

Hipotireoidismo descompensado (TSH acima de 10 mcUI/mL)

Gestantes ou mulheres em idade fértil que não estejam utilizando pelo menos dois métodos contraceptivos seguros ou que não adotem meio de contracepção definitiva

Doença hepática aguda ou crônica grave (como elevação das aminotransferases/transaminases mais de 3 vezes os valores normais, icterícia ou prolongamento do tempo de protrombina); ou

Hipersensibilidade ou evento adverso prévio conhecido ao medicamento ou a qualquer componente da sua fórmula

CASOS ESPECIAIS

Pacientes de muito alto risco cardiovascular (Escore de Risco de Framingham superior a 20% em 10 anos ou prevenção secundária com manutenção de fatores de risco maiores) podem ser considerados candidatos à terapia hipolipemiante agressiva com alta dose de estatina (até as doses máximas preconizadas neste Protocolo). Algumas diretrizes recomendam o emprego preferencial de pravastatina (menor custo) ou atorvastatina em pacientes que estão em uso de antirretrovirais devido a risco de interação medicamentosa.

TRATAMENTO

O controle da dislipidemia visa a redução de eventos cardiovasculares, incluindo mortalidade, bem como a prevenção de pancreatite aguda associada à hipertrigliceridemia grave.

TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

Terapia nutricional

Exercícios físicos

Cessaçãõ do tabagismo

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

BENEFÍCIOS ESPERADOS:

Estatinas: prevenção de eventos cardiovasculares maiores, incluindo morte, IAM, acidente vascular cerebral e revascularização, entre outros

Fibratos: prevenção de eventos cardiovasculares maiores quando utilizados em pacientes com hipertrigliceridemia associada a HDL baixo e prevenção de pancreatite aguda

Ácido nicotínico: prevenção de eventos cardiovasculares maiores

Classe	Medicamento	Apresentação	Dose mínima	Dose máxima
Estatinas Usadas via oral, em dose única diária preferencialmente à noite para se obter o efeito máximo.	Atorvastatina cálcica	comprimidos de 10, 20, 40 e 80 mg	10mg	80mg
	Fluvastatina	cápsulas de 20 e 40 mg	20mg	80mg
	Lovastatina	comprimidos de 10, 20 e 40 mg	20mg	80mg
	Pravastatina sódica	comprimidos de 10, 20 e 40 mg	20mg	40mg
	Sinvastatina	comprimidos de 10, 20 e 40* mg	20mg	80mg
Fibratos Devem ser tomados preferencialmente em horário afastado das estatinas, para diminuir o risco de toxicidade, ou seja, pela manhã.	Bezafibrato	comprimidos e drágeas de 200 mg e comprimidos de desintegração lenta de 400 mg	200mg	400mg
	Ciprofibrato	comprimidos de 100 mg	100mg	100mg
	Etofibrato	cápsulas de 500 mg	500mg	500mg
	Fenofibrato	cápsulas de 200 mg e cápsulas de liberação retardada de 250 mg	200mg	250mg
	Genfibrozila**	comprimidos de 600 e 900 mg	600mg	1200mg
Ácido nicotínico***	Ácido nicotínico	comprimidos de 250, 500 e 750 mg	250mg/dia	3000mg

*80 mg por dia se associa a risco aumentado de toxicidade.

**A genfibrozila nunca deve ser administrada concomitantemente ao uso de estatinas

*** uso considerado apenas para as situações em que o paciente tenha intolerância a estatinas e não preencha os critérios para uso de fibratos, sendo 10 mg a dose usual.

Obs: Durante o tratamento com fármacos é necessário o acompanhamento médico.

TEMPO DE TRATAMENTO - CRITÉRIOS DE INTERRUÇÃO

O tratamento deve ser feito de forma contínua. Mialgias durante o uso dos medicamentos, elevação de creatinofosfoquinase (CPK) 10 vezes acima do valor normal, aumento de aminotransferases/transaminases (AST-TGO/ALT-TGP) 3 vezes acima do valor normal ou o surgimento de contraindicações determinarão sua suspensão.

MONITORIZAÇÃO

A efetividade e segurança do tratamento serão avaliadas periodicamente, por meio de medidas de função motora, cardiorrespiratória, gastrointestinal e nutricional além de questionário clínico (**Apêndice 2**) e avaliação do perfil de eventos adversos (**Quadro 3 da PT Nº 15, de 22/10/2019**).

Para pacientes que utilizam outros medicamentos que não estatinas: aferição do perfil lipídico anual

Para pacientes cujo objetivo terapêutico é a prevenção de pancreatite secundária a hipertrigliceridemia: a monitorização sérica de triglicérides semestral

Para usuários de estatinas e fibratos: provas de função hepática (aminotransferases/transaminases) e muscular (CPK) devem ser realizadas no início do tratamento, após 6 meses, e toda vez que for alterada a dose do medicamento ou forem associados outros fármacos que aumentem o risco de toxicidade

Deve ser prioritariamente conduzido por equipe de Atenção Primária à Saúde (APS), podendo ser encaminhado para a atenção especializada em alguns casos específicos.

► As informações inseridas neste material tem a finalidade de direcionar a consulta rápida dos principais temas abordados no PCDT. A versão completa corresponde a Portaria Conjunta nº 8, de 30 de julho de 2019 e pode ser acessada em <http://conitec.gov.br/index.php/protocolos-e-diretrizes>.

DISQUE
SAÚDE
136

SUS+

MINISTÉRIO DA
SAÚDE
Governo
Federal