

## Actualização na abordagem das doenças ateroscleróticas:

# Novas *guidelines* da *European Society of Cardiology* e da *European Atherosclerosis Society* (ESC/EAS)

**A** DOENÇA CARDIOVASCULAR (DCV) devida à aterosclerose da parede arterial continua a ser uma das principais causas de morbi-mortalidade a nível mundial. E, em Portugal, as projecções para 2015 de um estudo coordenado pelo Prof. Pitta Barros confirmam este cenário e mostram que as patologias do aparelho circulatório, nomeadamente a doença cerebrovascular e a doença cardíaca isquémica, continuam a ter um impacto enorme na mortalidade e nos custos directos e indirectos, nos gastos com a saúde.

As causas da DCV são multifactoriais, algumas atribuídas a factores relacionados com o estilo de vida (tabagismo, actividade física, hábitos dietéticos) são modificáveis. Outros factores de risco também modificáveis são a elevação da pressão arterial, a diabetes e as dislipidemias. Este manuscrito apenas se refere a alguns aspectos na abordagem das dislipidemias.

As novas *guidelines* da ESC/EAS, publicadas este ano, em Julho, introduziram um novo patamar no cálculo do risco cardiovascular total (RCV total) – são os doentes de risco muito elevado. Como detectá-los? São os que têm doença cardiovascular conhecida (como, por exemplo, os que têm antecedentes de enfarte do miocárdio ou que foram submetidos a revascularização coronária, AVC isquémico, doença arterial periférica); os diabéticos de tipo 1 com lesões nos órgãos-alvo (exemplo, microalbuminúria); os diabéticos tipo 2; os doentes com insuficiência renal moderada a grave (taxa de filtração glomerular estimada < 60 mL/min/1.73m<sup>2</sup>); e os doentes que tenham níveis muito altos de um factor de risco (exemplo, HTA grave, dislipidemia familiar).

Para todos os outros, a avaliação do RCV total é feita utilizando as tabelas derivadas do projecto SCORE, que faz a estimativa de risco absoluto a 10 anos de morte cardiovascular e baseia-se nas variáveis sexo, idade, tabagismo, pressão arterial sistólica e colesterol total (mg/dl ou mmol/l).

Para pessoas adultas com idade inferior a 40 anos, as novas *guidelines* continuam a recomendar o uso da tabela risco relativo para

se exemplificar como uma pessoa com um risco absoluto baixo, em relação a outras do mesmo grupo etário, pode ter o seu risco várias vezes mais elevado do que se esperaria e, desta forma, ajudar a motivar decisões, como adoptar um estilo de vida saudável (deixar de fumar, controlo ponderal, exercício físico, bons hábitos alimentares).

Dados da base SCORE mostram que o C-HDL contribui substancialmente para o cálculo do RCV. Assim, e pela 1.ª vez na «Adenda» das novas *guidelines* da ESC/EAS, foram introduzidas tabelas com diferentes valores do C-HDL que modulam o cálculo do RCV total.

Nos doentes de alto risco, não é preciso discriminadores de risco adicional. A tabela serve para os casos *bordeline*, ou seja, os doentes de risco baixo e moderado, em que esses qualificadores de risco podem fazer com que o doente/utente passe para o patamar seguinte, no qual se intensifica a estratégia de intervenção.

### Quais os valores-alvo da c-LDL

Os novos valores-alvo do c-LDL são mais ambiciosos, até porque sentíamos a necessidade dessas metas, como comprovam duas recentes metanálises que envolveram 170.000 participantes em 26 ensaios clínicos aleatorizados -- Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration -- e publicados em 2010, na *Lancet*.

Como é habitual nas *guidelines* das sociedades europeias, as classes de recomendação (classes I, IIa, IIb, III) e os níveis de evidência (A,B,C) de uma opção terapêutica são estratificados de acordo com a melhor evidência disponível à data da sua preparação e incluem uma estimativa do rácio risco/benefício. De maneira resumida, podemos dizer que:

- Classe de Recomendação IA = é indicada
- Classe de Recomendação IIa = deve ser considerada
- Classe de Recomendação IIb = pode ser considerada
- Classe de Recomendação III = não recomendada

As recomendações para os valores-alvo de



*Dr. Alberto Mello e Silva*  
Presidente da Sociedade Portuguesa de Aterosclerose. Director do Serviço de Medicina I, CHLO (Hospital de Egas Moniz)

tratamento do C-LDL nas novas *guidelines* das ESC/ESA são:

- Doentes de risco muito elevado c-LDL < 70 mg/dL; não sendo possível alcançar este valor, está preconizada uma redução igual ou superior a 50% do valor basal (classe de recomendação I; nível de evidência A);
- Doentes de risco elevado, que é um número consideravelmente importante na nossa prática clínica, c-LDL < a 100 mg/dL. (classe de recomendação IIa; nível de evidência A);
- Doentes de risco moderado, C-LDL < 115 mg/dL.

A que distância estamos destes valores? Muito longe...

O estudo DYSIS (**DYS**lipidemia **I**nternational **S**tudy) mostrou que em 22.000 doentes, com uma idade média de 66 anos, medicados com estatinas, cerca de ¾ continuam a ter pelo menos uma alteração do perfil lipídico. Portugal participou neste estudo com cerca de 900 doentes, distribuídos por 95 centros. Quando se analisam os dados nacionais, particularmente os doentes de «alto risco» ou com DCV ou diabéticos, constatamos que 58-64% têm C-LDL > 97 mg/dL, o C-HDL é < 40 mg/dL nos homens e < 50 mg/dL nas mulheres em 25-32% e os triglicéridos são > 150 mg/dL em 40-41%, o que confirma que estamos muito longe dos valores-alvo desejados e que há um espaço grande para melhoria dos parâmetros



lipídicos se quisermos diminuir a morbi-mortalidade da DCV atribuída à dislipidemia.

Como podemos lá chegar?

As estratégias de intervenção baseiam-se no cálculo do **risco CV total (tabela SCORE)** e **nível do C-LDL**. (Figura 1)

O que fazer quando os doentes não atingem os valores-alvo com estatinas em monoterapia?

Quando os objectivos terapêuticos não são alcançados, podemos aumentar a dose de estatina (atenção ao risco de eventos adversos, nomeadamente miopatia), podemos trocar por

## Abordagem integrada da doença aterosclerótica

Em conclusão, e passando em revista alguns destes tópicos, ousar dizer que os valores-alvo propostos pelas últimas *guidelines* são bastante ambiciosos: <70, <100, <115 mg/dl, de acordo com o RCV muito alto, alto ou moderado, respectivamente. E não há dúvida de que, nesta corrida, as estatinas são fármacos de primeira linha na generalidade das situações clínicas. A excepção é a intolerância a estes fármacos.

Quando não atingimos os valores-alvo das estatinas em monoterapia, podemos aumentar a dose, substituir por uma mais potente, ou fazer associações terapêuticas. Na minha prática clínica, quando isto acontece, privilegio a associação com um inibidor da absorção intestinal de colesterol.

**Não esquecer que as modificações do estilo de vida continuam a ser a pedra basilar no tratamento das dislipidemias.**

A terminar, importa enfatizar que temos de mudar o «paradigma» na abordagem da doença aterosclerótica da perspectiva tradicional por «silos», em que são tratados individualmente cada um dos diferentes factores de risco, como a hipertensão arterial, a diabetes, o tabagismo, para uma abordagem global com *guidelines* integradas, para uma redução global do RCV. Nesta linha de pensamento, será publicada, em 2012, uma actualização sobre recomendações na abordagem da doença aterosclerótica pelas sociedades europeias de Aterosclerose, de Hipertensão Arterial, de Endocrinologia, de Diabetes, de Clínica Geral e de Saúde Pública.



(Figura 1)

## Recomendações para o tratamento farmacológico da hipercolesterolemia

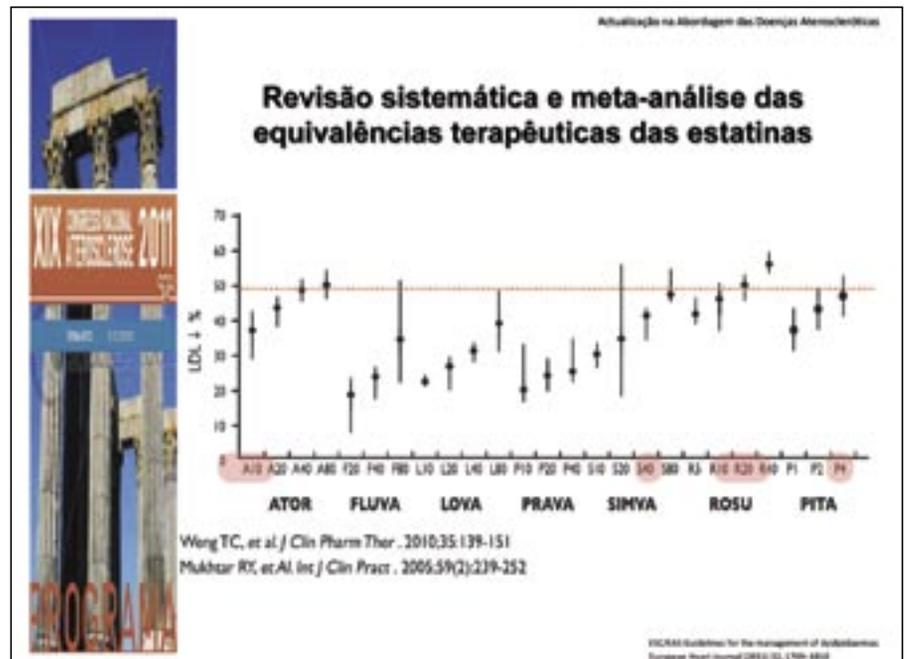
A terapêutica antidislipidémica com estatinas é uma prioridade fundamental do tratamento das pessoas com risco cardiovascular alto e muito alto, isto é, um risco absoluto de eventos fatais aos 10 anos igual ou superior a 5%, e na maioria das pessoas com diabetes (classe de recomendação IA).

Na escolha de um fármaco antidislipidémico, há que ter em conta a expressão das alterações laboratoriais da dislipidemia, o efeito farmacológico, o perfil de efeitos adversos, o perfil de segurança a longo prazo e os efeitos nos objectivos vasculares e na mortalidade total. A relação custo-eficácia deve igualmente ser considerada e sempre individualizada.

Há diferenças nos fármacos antidislipidémicos na capacidade para **redução percentual do C-LDL necessária para atingir os valores-alvo em função do seu valor inicial**. (Figura 2)

Se houver intolerância à estatina, podemos optar por um inibidor da absorção do colesterol ou, em alternativa, recorrer a uma associação com resinas ou com ácido nicotínico.

uma estatina mais potente ou então podemos fazer combinações terapêuticas. A «regra dos seis» mostra que, quando duplicamos a dose de estatina, obtemos um acréscimo de redução percentual de 6% do C-LDL.



(Figura 2)