



Guia de Referência Rápida

Prevenção cardiovascular

Versão Profissional



Superintendência de Atenção Primária

Guia de Referência Rápida

Prevenção cardiovascular

Versão PROFISSIONAIS

1° edição

2013

**Prefeito**

Eduardo Paes

Secretário Municipal de Saúde

Hans Fernando Rocha Dohmann

Subsecretária de Gestão Estratégica e Integração da Rede de Saúde

Betina Durovni

Subsecretário de Atenção Primária, Vigilância e Promoção de Saúde

Daniel Soranz

Superintendente de Atenção Primária em Saúde

José Carlos Prado Junior

Coordenadora de Saúde da Família

Ana Caroline Canedo Teixeira

Coordenadora de Linha de Cuidado e Programas Especiais

Maria de Fátima Gonçalves Enes

Gerente de Programas de Diabetes

Claudia Ramos Marques da Rocha

Gerente de Programas de Hipertensão

Roberta Azevedo Coelho

Coordenação Técnica

André Luis Andrade Justino
Armando Henrique Norman
Nulvio Lermen Junior

Organização

Inaiara Bragante

Tradução e adaptação

Michael Duncan

Revisão Técnica

Claudia Ramos Marques da Rocha
Luciana Diniz Carneiro Spina
Michael Duncan
Roberta Azevedo Coelho
Rosimere Peçanha
Teresa Cristina de Carvalho Seixas

Colaboração

Angela Marta da Silva Longo
Angelmar Roman
Carlo Roberto H da Cunha
Cassia Kirsch Lanes
Fernanda Lazzari Freitas
Marcelo Rodrigues Gonçalves
Melanie Noël Maia

Revisão

Kênia Santos

Diagramação

Márcia Azen

Sobre este Guia

Este é um guia de referência rápida que resume as recomendações da Superintendência de Atenção Primária (S/SUBPAV/SAP), construído a partir do conteúdo disponibilizado pelo NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence, NHS – Reino Unido) e adaptado para a realidade brasileira e carioca por profissionais que trabalham diretamente na Atenção Primária à Saúde (APS). O documento representa o posicionamento da S/SUBPAV/SAP e tem a função de orientar a assistência clínica nas unidades de APS na cidade do Rio de Janeiro. Em caso de condutas divergentes do que estiver presente neste guia, recomenda-se o devido registro em prontuário.

Índice

● Introdução	4
Cuidados centrados na pessoa	4
● Abordagem Comunitária	5
● Avaliação do risco cardiovascular na atenção primária para prevenção primária e definição da intensidade das intervenções preventivas	6
Informar sobre o processo de avaliação do risco e sobre o tratamento	6
Avaliação e estratificação do risco cardiovascular	7
Fluxograma para avaliação e estratificação do risco cardiovascular	8
Intervenções para prevenção primária de eventos cardiovasculares conforme a estratificação do risco cardiovascular	10
● Mudanças de estilo de vida para prevenção primária e secundária de doença cardiovascular	11
Orientações gerais para implementação	11
Orientações para alimentação saudável (para todos)	12
Dieta cardioprotetora	13
Atividade física	14
Controle do peso	14
Consumo de álcool	15
Cessação do tabagismo	15
● Tratamento para dislipidemia	16
Prevenção primária	16
Prevenção secundária	17
● Abordagem da hipertrigliceridemia	18
● Apêndice	19
Pessoas com baixo risco de eventos cardiovasculares (< 10% em 10 anos)	19
Pessoas com risco moderado de eventos cardiovasculares (20% em 10 anos)	20
Pessoas com risco elevado de eventos cardiovasculares (40% em 10 anos)	21

Introdução

As doenças cardiovasculares são a segunda principal causa de morte no Brasil, afetando principalmente pessoas acima dos 50 anos. Além do sexo e da idade, três fatores de risco modificáveis – tabagismo, pressão arterial elevada e colesterol elevado – contribuem de forma importante para o risco cardiovascular, especialmente quando combinados. O risco de desenvolver um evento cardiovascular pode ser calculado a partir desses fatores de risco, permitindo identificar as pessoas com maior risco. Os níveis de colesterol apresentam uma relação log-linear com o risco de doença coronariana e são um fator de risco modificável. Podem ser reduzidos através de mudança alimentar, atividade física e medicamentos. Este guia aborda a identificação das pessoas com maior risco de desenvolver doença cardiovascular e o tratamento da dislipidemia nessas pessoas e naquelas com doença cardiovascular já estabelecida.

■ Cuidados centrados na pessoa

Os profissionais de saúde devem usar linguagem simples, sem jargão, ao discutir o risco cardiovascular, mudanças de estilo de vida e opções terapêuticas com os pacientes.

Deve-se alocar tempo adequado para a consulta, de modo a permitir que se esclareçam dúvidas. Consultas adicionais podem ser necessárias.

As discussões com os pacientes sobre o risco cardiovascular devem ser documentadas. O tratamento e o plano de cuidado devem levar em conta:

- As necessidades e preferências da pessoa.
- Particularidades culturais e limitações físicas ou de aprendizado.

Se o paciente concordar, deve-se permitir que familiares e cuidadores tenham a oportunidade de estarem envolvidos nas decisões sobre o tratamento e o plano de cuidado.

Abordagem Comunitária

Prevenção primária de doenças cardiovasculares no nível comunitário

Para a prevenção primária de doenças cardiovasculares na atenção primária, no nível comunitário, é importante identificar os fatores de risco e de proteção para doenças cardiovasculares no território atendido pela equipe. Isso pode ser discutido em reunião de equipe, e os agentes comunitários de saúde devem ser os principais responsáveis pelo levantamento das informações e pelas intervenções no nível comunitário, devendo contar, quando necessário, com o apoio dos profissionais de nível superior da equipe.

- Deve-se identificar onde as pessoas compram os alimentos e se têm acesso a alimentos saudáveis a preço acessível. Deve-se também identificar recursos comunitários para atividade física, para auxílio no tratamento do alcoolismo, bem como padrões de uso do tabaco (especialmente grupos com maior prevalência de uso ou maior taxa de iniciação).
- Em posse dessas informações é possível atuar junto a comerciantes locais, lideranças comunitárias e outros atores sociais importantes para promover melhoria desses fatores de risco e de proteção.
- Sugere-se também realizar periodicamente atividades educativas na comunidade referentes aos fatores de risco e de proteção.
- Os agentes comunitários de saúde, nas visitas domiciliares, devem periodicamente avaliar a presença dos fatores de risco e devem estar capacitados para aconselhamento breve e para encaminhamento aos profissionais de nível superior da equipe aqueles pacientes que demonstram prontidão para a mudança e necessitam de auxílio mais complexo.

Avaliação do risco cardiovascular na atenção primária para prevenção primária e definição da intensidade das intervenções preventivas

■ Informar sobre o processo de avaliação do risco e sobre o tratamento

Estimular o envolvimento ativo da pessoa para reduzir o seu risco cardiovascular:

- Perguntar o que a pessoa já sabe sobre o seu risco e como se sente em relação a isso.
- Explorar o que ela acha que determina sua saúde futura.
- Avaliar a prontidão para mudanças de estilo de vida, para a realização de exames e para tomar medicações.
- Informar sobre possíveis opções de tratamento.
- Desenvolver um plano de manejo compartilhado.
- Verificar se a pessoa compreendeu o que foi discutido.

■ Avaliação e estratificação do risco cardiovascular

- Para a prevenção primária de doenças cardiovasculares na atenção primária no nível individual, deve-se usar uma estratégia sistemática para identificar todas as pessoas entre 40–74 anos na população atendida pela equipe e estratificar o seu risco cardiovascular. Para pessoas com hipertensão e/ou diabetes, a estratificação do risco cardiovascular deve ser integrada ao acompanhamento dessas doenças.
- A primeira etapa da avaliação do risco cardiovascular é identificar aquelas pessoas que, por critérios clínicos, já apresentam risco cardiovascular elevado e que deverão receber intervenções de prevenção secundária.
- Para as demais, deve-se estratificar o risco de evento coronariano em 10 anos a partir do escore de Framingham, integrado ao prontuário eletrônico. Em pessoas com diabetes, recomenda-se que o risco cardiovascular seja estimado usando a calculadora do UKPDS. Se ela não estiver disponível, pode-se usar o escore de Framingham, embora ele seja menos adequado a essa população.
- Considera-se alto risco cardiovascular um risco de 20% ou mais estimado pelo Framingham ou UKPDS. Risco moderado situa-se entre 10 e 20% e baixo risco é abaixo de 10%. Para pessoas que mesmo se tivessem colesterol total ou LDL elevado e HDL baixo teriam baixo risco, pode-se optar por não solicitar o perfil lipídico. Para as demais, o perfil lipídico deve ser atualizado a cada 3-5 anos.
- Informar sobre o risco absoluto de doença cardiovascular e sobre os benefícios e danos absolutos das intervenções em um período de 10 anos. Nesse processo deve-se:
 - Apresentar cenários individualizados sobre riscos e benefícios.
 - Apresentar o risco absoluto de eventos de forma numérica.
 - Usar diagramas e textos. (Ver apêndices)

Fluxograma para avaliação e estratificação do risco cardiovascular

Avaliação inicial: Sexo, idade, tabagismo, pressão arterial, índice de massa corporal (IMC), circunferência abdominal, manifestações clínicas de aterosclerose

Condições clínicas associadas a alto risco:

- Doença aterosclerótica clínica: síndrome coronariana aguda, angina de peito, acidente vascular cerebral ou ataque isquêmico transitório, doença arterial periférica, revascularização miocárdica prévia, endarterectomia prévia
- Dislipidemia grave (colesterol total >320 mg/dL, LDL-C >240 mg/dL ou relação colesterol total/HDL-C >8 ou dislipidemia familiar)
- Doença aneurismática de aorta
- Doença renal crônica (TFG < 60ml/min)
- Diabetes com nefropatia ou retinopatia

▶ SIM ▶

**Realizar
prevenção
secundária**

▶ NÃO ▶

Idade ≥ 40 anos:

Mais cedo na presença de

- Hipertensão (≥ 140/90 mmHg) ou história de pré-eclâmpsia
- Diagnóstico prévio de diabetes mellitus, tolerância à glicose diminuída, glicemia de jejum alterada, diabetes gestacional
- Obesidade (IMC > 30 kg/m²) ou obesidade central (cintura medida na crista ilíaca: > 88 cm, mulheres; > 102 cm, homens)
- História familiar de infarto agudo do miocárdio, morte súbita ou acidente vascular cerebral em familiares de primeiro grau ocorrido antes dos 50 anos
- História de dislipidemia familiar

▶ SIM ▶

Avaliação laboratorial:

Sem diabetes: colesterol total, HDL, triglicerídeos
Com diabetes: os acima + HbA1C

Com diabetes:
calculadora UKPDS

Sem diabetes:
escore de Framingham

Calcular o risco cardiovascular em 10 anos

▶ NÃO ▶

Baixo risco:
< 10% em 10 anos

Risco moderado:
> 10% e < 20% em 10 anos

Alto risco:
> 20% em 10 anos

Intervenções de
baixa intensidade

Intervenções de
média intensidade

Intervenções de
alta intensidade

Escore de Framingham (risco de infarto ou morte por doença coronariana em 10 anos)

Homens					
Idade	Pontos				
20-34	-9				
35-39	-4				
40-44	0				
45-49	3				
50-54	6				
55-59	8				
60-64	10				
65-69	11				
70-74	12				
75-79	13				

Colesterol mg/dl	Idade				
	20-39	40-49	50-59	60-69	70-79
< 160	0	0	0	0	0
160-199	4	3	2	1	0
200-239	7	5	3	1	0
240-279	9	6	4	2	1
≥ 280	11	8	5	3	1

Fumo	Idade				
	20-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Não	0	0	0	0	0
Sim	8	5	3	1	1

HDL - colesterol (mg/dl)	Pontos	
≥ 60	-1	
50-59	0	
40-49	1	
<40	2	

PA (sistólica mm Hg)	Não tratada	Tratada
< 120	0	0
120-129	0	1
130-139	1	2
140-159	1	2
≥ 160	2	3

Mulheres					
Idade	Pontos				
20-34	-7				
35-39	-3				
40-44	0				
45-49	3				
50-54	6				
55-59	8				
60-64	10				
65-69	12				
70-74	14				
75-79	16				

Colesterol mg/dl	Idade				
	20-39	40-49	50-59	60-69	70-79
< 160	0	0	0	0	0
160-199	4	3	2	1	1
200-239	8	6	4	2	1
240-279	11	8	5	3	2
≥ 280	13	10	7	4	2

Fumo	Idade				
	20-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Não	0	0	0	0	0
Sim	9	7	4	2	1

HDL - colesterol (mg/dl)	Pontos	
≥ 60	-1	
50-59	0	
40-49	1	
<40	2	

PA (sistólica mm Hg)	Não tratada	Tratada
< 120	0	0
120-129	1	3
130-139	2	4
140-159	3	5
≥ 160	4	6

Resultado (Homens)

Total de Pontos	Risco absoluto em 10 anos (%)
< 0	< 1
0	1
1	1
2	1
3	1
4	1
5	2
6	2
7	3
8	4
9	5
10	6
11	8
12	10
13	12
14	16
15	20
16	25
≥ 17	≥ 30

Resultado (Mulheres)

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

■ Intervenções para prevenção primária de eventos cardiovasculares conforme a estratificação do risco cardiovascular

Risco Cardiovascular	Intervenção
Baixo	<p>Aconselhamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parar de fumar • Alimentação saudável • Manutenção de peso/cintura • Atividade física • Ênfase em medidas não farmacológicas e tratamento para hipertensão, se presente*
Médio	<p>Adicionar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intensificar conselhos sobre estilo de vida • Dieta com características cardioprotetoras • Intensificar tratamento contra tabagismo • Cautela no uso de AINES
Alto	<p>Adicionar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estatinas • AAS em homens acima de 55 anos e mulheres acima de 65 anos**

* Hipertensão, quando presente, invariavelmente recebe tratamento.

** Em indivíduos com baixo risco de hemorragia digestiva. Risco de hemorragia é maior naqueles com sintomas dispépticos, história de úlcera péptica ou usuários crônicos de anti-inflamatórios não esteróides.

Mudanças de estilo de vida para prevenção primária e secundária de doença cardiovascular

■ Orientações gerais para implementação

- Todos os profissionais de saúde, incluindo os agentes comunitários de saúde, devem estar capacitados para identificar hábitos de vida deletérios e para aconselhamento breve em pessoas de baixo risco.
- Pessoas com risco cardiovascular elevado ou com maior dificuldade para realizar as mudanças de estilo de vida devem receber orientações de profissional de nível superior, com apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), quando necessário e disponível.
- Para otimização do tempo e maior efetividade das intervenções, sugere-se, quando possível, que os pacientes participem de grupos nos quais sejam intensificadas as orientações, como grupos de hipertensos, de diabéticos, de reeducação alimentar, de tabagismo, entre outros. Entretanto, aconselhamento individual deve estar disponível quando o paciente não puder ou não quiser participar dos grupos.
- Os grupos devem receber materiais educativos para auxiliar nas mudanças de estilo de vida, bem como questionários para a identificação de hábitos a serem modificados. Estes materiais já estão disponíveis nas unidades de saúde e no site da subpav: www.subpav.org.br.

■ Orientações para alimentação saudável (para todos)

- Distribuir as refeições ao longo do dia, com pelo menos três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches saudáveis.
- Priorizar carboidratos complexos (ex., arroz, pão, massa e cereais), em especial na sua forma integral. Minimizar o consumo de carboidratos simples, em especial os refinados. Frutas, embora ricas em carboidratos simples, devem ser estimuladas, conforme a seguir.
- Ingerir pelo menos 400 gramas de frutas, verduras e legumes por dia (excluindo batata, outras raízes e tubérculos), o que equivale a cinco porções (ver página a seguir com exemplos). Dar preferência para frutas na sua forma integral, *in natura*.
- Ingerir alimentos ricos em fibras. A ingestão de frutas, verduras e legumes (já ricos em fibras) pode ser suplementada pela ingestão de grãos, tubérculos e raízes. Pão integral é uma fonte rica em fibras.
- Ingerir arroz com feijão diariamente ou pelo menos cinco dias por semana, por serem ricos em proteína vegetal.
- Estimular o consumo de amendoim, castanhas, nozes e sementes, como opção de lanches ou como ingredientes de diferentes preparações.
- Recomendar o consumo diário ou quase diário de algum tipo de carne, em especial carnes brancas. Recomendar o consumo de peixe 2x/semana. Minimizar o consumo de carne vermelha.
- Recomendar o consumo diário de leite ou seus derivados, dando preferência para a forma desnatada.
- Retirar, sempre que possível, a gordura visível dos alimentos.
- Estimular o consumo de gorduras insaturadas (ex., em óleos, sementes e peixes). Evitar gorduras saturadas (ex., gordura animal, óleo de coco e de palma).
- Evitar alimentos altamente processados.

Fonte: Jaime PC, da Silva ACF, Bortolini GA. Alimentação saudável do adulto. IN: Duncan BB et al. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências, Artmed, 2013.

Exemplos para consumo de no mínimo 400g de frutas, verduras e legumes (cinco porções):

- Banana – 1 unidade (86g) + Alface – 2 folhas (16g) + Tomate – 2 fatias (40g) + Beterraba cozida – 3 fatias (43g) + Maçã – 1 unidade (130g) + Abacaxi – 1 fatia (130g) = 445g.
- Pêra – 1 unidade (133g) + Vagem cozida – 3 colheres de sopa (66g) + Repolho roxo cru – 3 colheres de sopa (30g) + Laranja – 1 unidade (137g) + Caju – 1 unidade (60g) = 426g.
- Goiaba – 1 unidade (120g) + Couve manteiga cozida – 1 colher de servir (42g) + Berinjela – 2 colheres de sopa (60g) + Morango – 5 unidades (120g) + Abacate – 3 colheres de sopa amassado (90g) = 432g.
- Caqui – 1 unidade (113g) + Pêssego – 1 unidade (110g) + Brócolis cozido – 2 colheres e ½ de sopa (30g) + Abóbora – 3 colheres de sopa (105g) + Acerola – 10 unidades (70g) = 428g.

■ Dieta cardioprotetora

- Para pessoas com risco cardiovascular moderado ou alto, ou já com manifestação clínica de doença cardiovascular, as orientações para alimentação saudável devem ser intensificadas.
- Estimular o consumo de fitoesteróis (presentes em óleos vegetais de girassol, soja e canola, frutas e vegetais), proteína de soja (leite de soja, tofu, carnes simuladas de soja), fibras solúveis (farelo de aveia, cevada, produtos de psyllium) e nozes. Esses alimentos podem reduzir o colesterol total e o LDL em magnitude similar àquela obtida com estatinas de primeira geração.
- Minimizar o consumo de ácidos graxos trans.
- Estimular o uso de filtro de papel para o preparo do café, para eliminar substâncias que elevam o colesterol LDL. Essa recomendação não se aplica para café expresso, descafeinado ou instantâneo, que não elevam o LDL.

■ Atividade física

A prática regular de exercícios físicos traz inúmeros benefícios, sendo componente fundamental de estratégias para redução do risco cardiovascular. Os riscos associados à participação em atividade física são baixos, mesmo para pacientes com doença coronariana. Assim, solicitar teste ergométrico de rotina antes de iniciar programa de atividade física, em geral não é recomendado. Entretanto, para pacientes com angina ou insuficiência cardíaca, o teste de esforço geralmente é recomendado antes de iniciar atividade física, mas pode ser dispensado antes de iniciar programas de exercícios leves em pacientes bem controlados, a não ser que desencadeiem sintomas. Outros casos em que possa ser indicada a solicitação de teste de esforço antes de iniciar programa de exercício físico intenso (mas não leve a moderado) são pessoas com diabetes, homens > 45 anos e mulheres > 55 anos. Salienta-se que no Programa Academia Carioca os exercícios geralmente são de intensidade leve a moderada.

- Estimular 30 minutos, por dia, de exercícios físicos de intensidade pelo menos moderada, no mínimo cinco dias por semana.
- Estimular que as pessoas que não consigam alcançar essa meta se exercitem na sua capacidade máxima segura.
- Recomendar exercícios físicos que possam ser incorporados na rotina diária, como caminhada rápida, uso de escadas e de bicicletas.
- Informar que o exercício físico pode ocorrer em períodos fracionados de 10 minutos ou mais ao longo do dia.
- Levar em conta as necessidades, preferências e situação atual da pessoa.
- Acordar metas e fornecer informações por escrito sobre os benefícios da atividade física e oportunidades na comunidade para que as pessoas possam se manter fisicamente ativas.
- Oferecer a participação no Programa Academia Carioca.
- As recomendações devem ser intensificadas de acordo com o risco cardiovascular do paciente.

■ Controle do peso

- Oferecer às pessoas com sobrepeso ou obesidade aconselhamento e apoio para atingir e manter um peso saudável.

■ Consumo de álcool

- Aconselhar a limitar a ingestão diária de bebidas alcoólicas para não mais de 30 g/dia de etanol para homens (625 ml de cerveja, um pouco menos de duas latas; 93,7 ml de uísque, pouco menos de duas doses; 312,5 ml de vinho) e 15 g/dia para mulheres e pessoas magras.
- Aconselhar todos a evitar ingestão excessiva de álcool.

■ Cessação do tabagismo

- Aconselhar todas as pessoas que fumam a pararem de fumar.
- Se a pessoa quiser parar:
 - Oferecer apoio e aconselhamento individual.
 - Oferecer a inscri o em grupo de tabagismo.

Tratamento para dislipidemia

■ Prevenção primária

Considerar uso de fármacos para prevenção primária para os quais há evidências de efeito benéfico sobre morbidade e mortalidade cardiovascular.

- Oferecer 40mg de sinvastatina como parte do plano terapêutico para adultos acima de 40 anos com risco de evento cardiovascular em 10 anos > 20%, com base no escore de Framingham ou no UKPDS, para diabéticos.
- Se houver potenciais interações medicamentosas ou contraindicação ao uso de 40mg de sinvastatina, oferecer dose mais baixa de sinvastatina ou pravastatina.

- Não há alvo para colesterol total ou LDL para prevenção primária.
- Revisar o tratamento medicamentoso de acordo com as boas práticas clínicas.
- Não é necessário repetir o perfil lipídico, mas deve-se reavaliar o tratamento de acordo com o julgamento clínico e com as preferências do paciente.

Seguimento

- Medir as transaminases após 3 e 12 meses, mas não após, a não ser que haja indicação clínica.
- Se medicamentos que interferem no metabolismo das estatinas forem introduzidos por outro motivo, considerar reduzir a dose de estatina ou interrompê-la de forma temporária ou permanente.
- Orientar procurar atendimento médico em caso de dor ou fraqueza muscular.

■ Prevenção Secundária

Considerar uso de fármacos para prevenção secundária para os quais há evidências de efeito benéfico sobre morbidade e mortalidade cardiovascular.

- Oferecer tratamento farmacológico para redução do colesterol assim que possível.
- Oferecer 40mg de sinvastatina para todos os adultos com evidência clínica de doença cardiovascular.
- Se houver potenciais interações medicamentosas ou se a dose de 40mg de sinvastatina não for tolerada, considerar dose mais baixa ou trocar para pravastatina.
- Sempre levar em conta as preferências do paciente, comorbidades, outros fármacos em uso e o balanço entre riscos e benefícios.

Medir o perfil lipídico três meses após o início do tratamento

- Considerar aumentar a dose da sinvastatina (até 80mg/dia) ou trocar para outra estatina de maior intensidade se o colesterol total não cair para menos de 155mg/dL ou o LDL não cair para menos de 77mg/dL, levando em conta as preferências do paciente, as comorbidades, outros fármacos em uso e o balanço entre riscos e benefícios.
- Reconhecer que menos da metade dos pacientes irão alcançar esse alvo.

Seguimento

- Não monitorar de rotina a creatina quinase (CK) em pessoas sem eventos adversos, mas solicitá-la em pessoas com queixas musculares.
- Interromper o uso de estatinas e solicitar avaliação do especialista se houver neuropatia periférica inexplicada.

- Se as estatinas não forem toleradas para prevenção secundária, considerar:
 - Fibratos / - Resinas / - Ácido nicotínico / - Ezetimibe

Abordagem da hipertrigliceridemia

Triglicerídeos elevados aumentam o risco cardiovascular. Frequentemente são secundários a diabetes mal controlado, hipotireoidismo, obesidade, dieta inadequada, sedentarismo, uso abusivo de álcool ou uso de certos medicamentos (antipsicóticos atípicos, betabloqueadores, diuréticos tiazídicos, estrogênio, imunossuppressores, isotretinoína oral, inibidores da protease, tamoxifeno). Na maioria dos casos, para a hipertrigliceridemia isolada não está indicado tratamento farmacológico, sendo o manejo focado nesses fatores causais e no risco cardiovascular calculado usando o nível de colesterol sérico. Quando o nível de triglicerídeos está acima de 500mg/dL, aumenta o risco de pancreatite aguda, sendo indicada intensificação do manejo não farmacológico e, quando não houver resposta satisfatória, tratamento com fibratos. Para níveis de triglicerídeos acima de 1000mg/dL, está indicado tratamento imediato com fibratos. O uso concomitante de estatinas e fibratos deve ser cauteloso devido ao risco de rabdomiólise.

Apêndice 1. Material para apoio na decisão sobre usar estatinas

Adaptado de: http://www.npc.nhs.uk/therapeutics/cardio/cd_lipids/resources/pda_Lipids.pdf

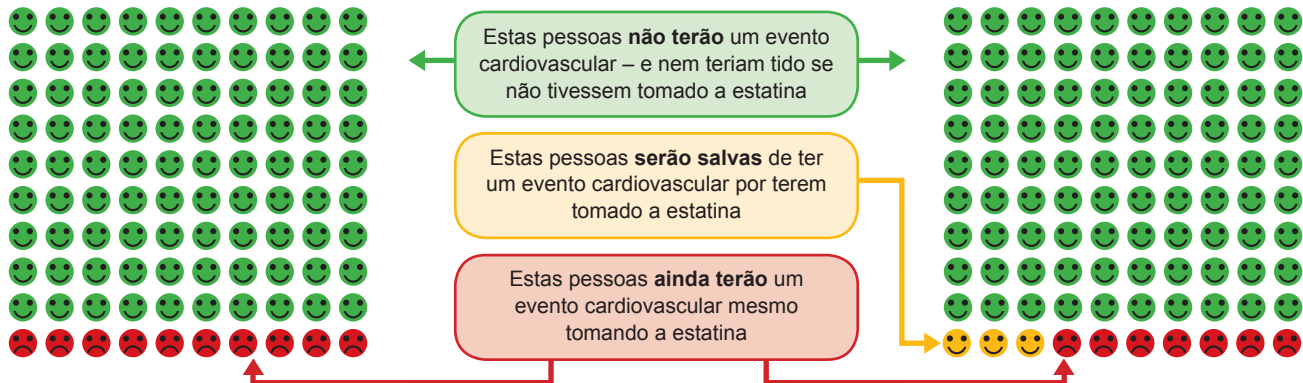
■ Pessoas com baixo risco de eventos cardiovasculares (< 10% em 10 anos)

Imagine 100 pessoas nesse nível de risco. Nos próximos 10 anos, aproximadamente **10 (10%)** terão um evento cardiovascular. Entretanto, se essas mesmas 100 pessoas tomarem uma estatina por 10 anos:

- Aproximadamente três pessoas serão salvas de terem um evento cardiovascular por terem tomado a estatina (os **rostos amarelos**).
- Aproximadamente 90 pessoas não terão um evento cardiovascular – e nem teriam tido se não tivessem tomado a estatina (os **rostos verdes**).
- Aproximadamente sete pessoas ainda terão um evento cardiovascular (os **rostos vermelhos**), mesmo tomando uma estatina.

Mas é importante lembrar que

- É impossível saber o que irá acontecer com um determinado indivíduo.
- Todas essas 100 pessoas terão que tomar a estatina por 10 anos.



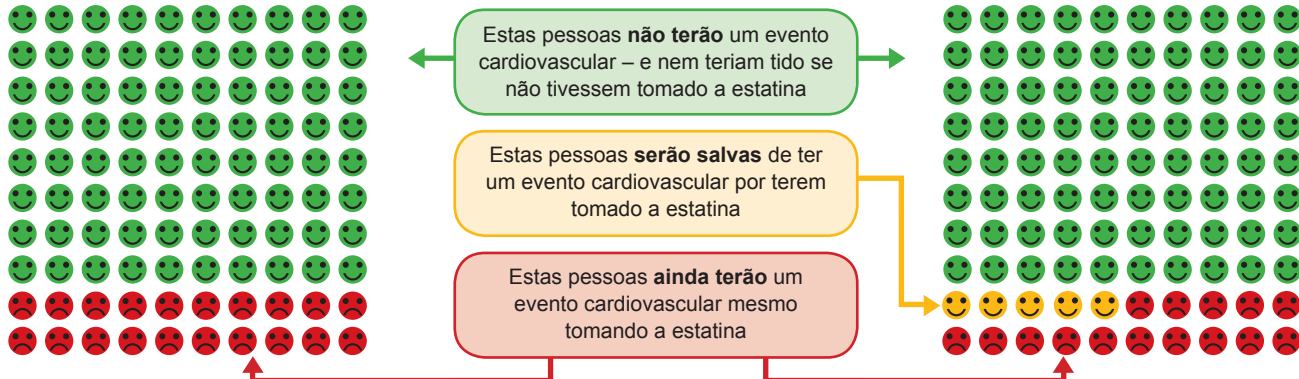
■ Pessoas com risco moderado de eventos cardiovasculares (20% em 10 anos)

Imagine 100 pessoas nesse nível de risco. Nos próximos 10 anos, aproximadamente **20 (20%)** terão um evento cardiovascular. Entretanto, se essas mesmas pessoas tomarem uma estatina por 10 anos:

- Aproximadamente 5 pessoas serão salvas de terem um evento cardiovascular por terem tomado a estatina (os **rostos amarelos**).
- Aproximadamente 80 pessoas não terão um evento cardiovascular – e nem teriam tido se não tivessem tomado a estatina (os **rostos verdes**).
- Aproximadamente 15 pessoas ainda terão um evento cardiovascular (os **rostos vermelhos**), mesmo tomando uma estatina.

Mas é importante lembrar que

- É impossível saber o que irá acontecer com um determinado indivíduo.
- Todas essas 100 pessoas terão que tomar a estatina por 10 anos.



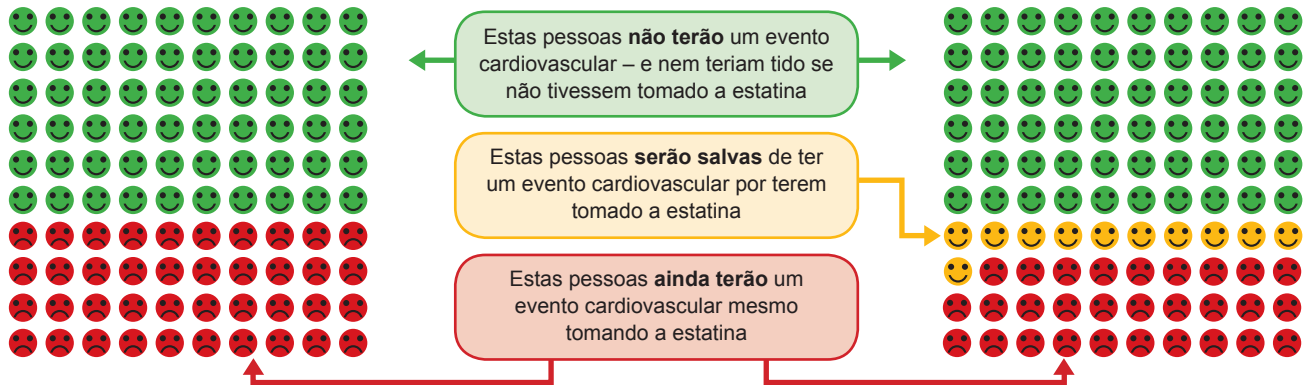
■ Pessoas com risco elevado de eventos cardiovasculares (40% em 10 anos)

Imagine 100 pessoas nesse nível de risco. Nos próximos 10 anos, aproximadamente 40 (40%) terão um evento cardiovascular. Entretanto, se essas mesmas pessoas tomarem uma estatina por 10 anos:

- Aproximadamente 11 pessoas serão salvas de terem um evento cardiovascular por terem tomado a estatina (os **rostos amarelos**).
- Aproximadamente 60 pessoas não terão um evento cardiovascular – e nem teriam tido se não tivessem tomado a estatina (os **rostos verdes**).
- Aproximadamente 29 pessoas ainda terão um evento cardiovascular (os **rostos vermelhos**), mesmo tomando uma estatina.

Mas é importante lembrar que

- É impossível saber o que irá acontecer com um determinado indivíduo.
- Todas essas 100 pessoas terão que tomar a estatina por 10 anos.







SMS - RJ / SUBPAV / SAP

Rua Afonso Cavalcanti, 455/8º andar
Cidade Nova
CEP: 20.211-110
Rio de Janeiro / RJ

www.rio.rj.gov.br/web/sms

