



Atenção Básica – Programa Remédio em Casa - PRC
Boletim Informativo nº 09
Agenda 2.012 – Dislipidemia

INTRODUÇÃO – RELEVÂNCIA CLÍNICA E ESCOPO

A doença cardiovascular aterosclerótica é, em termos proporcionais, a principal causa de mortalidade em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Dois níveis de prevenção cardiovascular devem ser considerados, o populacional, a partir de intervenções orientadas à promoção da saúde da população, e o individual, a partir do contexto clínico e dos fatores de risco cardiovascular. Nesta acepção, mais importante que identificar um indivíduo como portador de diabetes, hipertensão ou dislipidemia, é caracterizá-lo em termos de seu risco global (cardiovascular, cerebrovascular e renal), avaliando o resultado da soma dos riscos imposta pela presença e magnitude destes múltiplos fatores.

A abordagem essencial para a prevenção primária é a redução de fatores de risco. Retardar a intervenção sobre estes fatores até que se estabeleça o diagnóstico de comprometimento cardiovascular significa perder a oportunidade de prevenir eventos em pessoas cuja apresentação inicial pode ser a morte súbita ou o surgimento de lesões incapacitantes. Um terço das pessoas com infarto agudo do miocárdio pode morrer nas primeiras 24 horas de diagnóstico, e muitos sobreviventes terão lesões graves e altamente comprometedoras da qualidade de vida, como insuficiência cardíaca, angina do peito, arritmias e risco aumentado para morte súbita. Acrescente-se a isto o fato de que um terço dos novos eventos ocorre em indivíduos abaixo dos 65 anos; portanto, todo este conjunto de evidências justifica plenamente as ações de prevenção primária das doenças cardiovasculares.

Historicamente, com base nos resultados de grandes estudos de coorte que demonstraram que a elevação dos níveis de colesterol e de sua fração LDL aumenta de forma independente a incidência de manifestações maiores de aterosclerose (cardiopatia isquêmica, acidente vascular cerebral e doença vascular periférica), o manejo dos níveis elevados de colesterol tornou-se um pilar básico das ações preventivas em saúde. A demonstração em ensaios clínicos randomizados de que a redução de colesterol possui efeito protetor sobre novos eventos cardiovasculares e, em indivíduos de maior risco, sobre a mortalidade por todas as causas enfatizou ainda mais esta conduta. Sob este enfoque preventivo, quanto maior o risco, maior o benefício potencial de uma intervenção terapêutica ou preventiva.



POPULAÇÃO – ALVO

A partir da presença ou ausência dos fatores de risco abaixo discriminados estima-se o risco cardiovascular global e a intensidade das intervenções farmacológicas e não-farmacológicas a serem aplicadas. Recomenda-se seguir as orientações contidas no “Protocolo de Tratamento da Hipertensão Arterial e do Diabetes Melito tipo 2 na Atenção Básica” e os formulários para dispensação de sinvastatina quanto às indicações e prescrição, de acordo com o risco estabelecido.

Fatores de risco para doença cardiovascular

- a) mulheres 55 anos, homens 45 anos
- b) história familiar precoce de aterosclerose em parente de primeiro grau (com menos de 55 anos para o sexo masculino e com menos de 65 anos para o sexo feminino)
- c) tabagismo atual
- d) diabetes melito tipo 1 ou 2
- e) hipertensão arterial (PA 140 mm Hg x 90 mm Hg) ou em uso de medicação anti-hipertensiva
- f) obesidade (IMC 30 kg/m²)
- g) presença de gordura abdominal
- h) sedentarismo
- i) dieta pobre em frutas e vegetais
- j) HDL-C baixo (< 40 mg/dl)

OBSERVAÇÃO – PERFIL DE INELEGIBILIDADE

As Áreas Técnicas entendem que “condições clínicas estáveis” devam ser definidas tecnicamente. Recomendamos a adoção dos critérios de inclusão e exclusão publicados no “Protocolo de Tratamento da Hipertensão Arterial e do Diabetes Melito tipo 2 na Atenção Básica” (página 100), usado como referência pela Secretaria Municipal da Saúde desde julho de 2008. Assim, a condição de *situação clínica estável* seria representada por quadros que não apresentem quaisquer dos critérios de exclusão citados no protocolo.

DISLIPIDEMIA EM GRUPOS ESPECIAIS

- a) **Hipotireoidismo** - em geral, a reposição hormonal corrige a dislipidemia induzida pelo hipotireoidismo. Entretanto, mesmo após reposição hormonal e controle metabólico adequado, alguns indivíduos permanecem dislipidêmicos, demonstrando a coexistência de dislipidemia primária. Por isso, após reposição



hormonal, o perfil lipídico deve ser aferido para avaliar a necessidade de tratamento adicional.

- b) Idosos** – nessa faixa etária deve ser dada atenção especial às causas secundárias de dislipidemia (como hipotireoidismo, diabetes e insuficiência renal crônica) e aos critérios de exclusão do Programa quanto às evidências de lesões em órgãos-alvo, muito prevalentes na população idosa. Evidências preliminares apontam para o benefício do uso da sinvastatina nesta parcela da população na prevenção primária de eventos coronários, acidentes vasculares cerebrais e preservação da função cognitiva.

POSOLOGIA – 10 a 80 mg/dia

ACOMPANHAMENTO

Recomenda-se que seja estabelecido um padrão definido de retorno para reavaliações, de acordo com a classificação de risco, cabendo ao médico assistente ponderar se a evolução clínica do paciente permanece estável e dentro dos critérios de elegibilidade para manutenção como “ativo” no Programa. Anualmente devem ser realizados os seguintes exames (salvo em caso de intercorrências específicas):

- a) Hipertensão arterial sem diabetes – potássio, creatinina, glicemia de jejum, ácido úrico, hematócrito e hemoglobina, perfil lipídico de jejum, Urina I, AST, ALT, CK, exame radiológico de tórax, eletrocardiograma, avaliação oftalmológica, depuração de creatinina calculada pela fórmula de Cockcroft-Gault (ao final)
- b) Diabetes – potássio, creatinina, glicemia de jejum, hemoglobina glicada, hematócrito e hemoglobina, microalbuminúria, perfil lipídico de jejum, AST, ALT, CK, exame radiológico de tórax, eletrocardiograma, avaliação oftalmológica, depuração de creatinina calculada pela fórmula de Cockcroft-Gault (ao final)
- c) Hipotireoidismo – além da avaliação sugerida acima para diabéticos e/ou hipertensos, realizar T4 livre e TSH

EFEITOS ADVERSOS

- a) Os efeitos adversos mais frequentemente relatados são: dor abdominal, obstipação e flatulência, astenia, cefaléia



- b) Alterações hepáticas - em cerca de 0,5% a 2% dos casos pode-se observar elevação de transaminases, em geral não associada à icterícia e outros sintomas clínicos. Realizar antes do início do tratamento e anualmente a dosagem de AST e ALT. Se for observado e confirmado uma elevação superior a três vezes o valor normal, sugere-se descontinuar o tratamento, o que provavelmente tornará normais as alterações verificadas pelo laboratório
- c) Alterações musculares – a frequência de miopatia no curso do tratamento com sinvastatina é relativamente baixa. Atenção para pacientes idosos, com diminuição de função renal, e nos pacientes em uso de genfibrozila, niacina em doses hipolipemiantes (1g/dia), ciclosporina, itraconazol, cetoconazol, eritromicina, claritromicina. Orienta-se informar a ocorrência de dores musculares inexplicadas ou fraqueza muscular. Pode haver alteração nos níveis de CK, raramente acompanhada de complicações, como mioglobínúria e insuficiência renal aguda. Sugere-se a realização da dosagem de CK antes do início do tratamento, com controles periódicos anuais ou em menor frequência, no caso de sintomas musculares persistentes. Na maioria dos casos, a suspensão do medicamento reduz a sintomatologia e as alterações laboratoriais.

CONTRA-INDICAÇÕES AO USO DE SINVASTATINA

- a) Mulheres em idade fértil sem contracepção adequada ou que desejem engravidar
- b) Gravidez – suspensão imediata do fármaco
- c) Mulheres em amamentação
- d) Alergia a qualquer dos componentes do fármaco

FARMACOVIGILÂNCIA

Recomenda-se que qualquer suspeita de efeitos adversos da sinvastatina seja devidamente registrada em prontuário, e notificada à Coordenação de Vigilância em Saúde (COVISA), em impresso próprio (www.prefeitura.sp.gov.br/covisa)



FONTES CONSULTADAS

BERMAN D S, WONG N D. Editorial Comment – Implications of Estimating Coronary Heart Disease Risk in the U.S. Population. J. Am. Coll. Cardiol. 2004; 43: 1797-1798. Disponível em: <http://content.onlinejacc.org/cgi/reprint/43/10/1797.pdf>

BHATNAGAR D, SORAN H, DURRINGTON P N. Hypercholesterolaemia and its management. BMJ 2008 August; 337: 503-508. Sem disponibilidade online

FORD E S, GILES W H, MOKDAD A H. The distribution of 10-Year risk for coronary heart disease among U.S. adults: Findings from the National Health and Nutrition Examination Survey III. J. Am. Coll. Cardiol. 2004; 43:1791-1796. Disponível em: <http://content.onlinejacc.org/cgi/content/full/43/10/1791>

HEISS G, TAMIR I, DAVIS C E *et al.* Lipoprotein-cholesterol distributions in selected North American populations: the lipid research clinics program prevalence study. Circulation 1980; 61:302-315. Disponível em: <http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/61/2/302>

MASSIRONI M M G. Protocolo de Tratamento da Hipertensão Arterial e do Diabetes Melito tipo 2 na Atenção Básica. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde; 2008. Disponível em: <http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/adulto/0001>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica. Brasília: Ministério da Saúde/Departamento de Atenção Básica; 2006 (Cadernos de Atenção Básica nº 14). Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad14.pdf.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais. Brasília: Ministério da Saúde/Departamento de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos/Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos; 2007. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0516_M.pdf.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. National Heart, Lung and Blood Institute. Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) Sept 2002. Disponível em: http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/cholesterol/atp3_rpt.htm

WANNMACHER L, COSTA A F. estatinas: uso racional na cardiopatia isquêmica. Uso Racional de Medicamentos. Temas selecionados, vol.1 número 10, setembro 2004. Disponível em: http://www.opas.org.br/medicamentos/site/UploadArq/HSE_URM_EST_0904.pdf



**Farm. Dirce Cruz Marques - Coord. AT Assistência Farmacêutica
CAB/SMS.G
Fone: 3397-2208
E-mail: dircem@prefeitura.sp.gov.br**

**Dra. Márcia Massironi - Coord. AT Saúde do Adulto
CAB/ SMS.G
Fone: 3397-2227
E-mail: mmassironi@prefeitura.sp.gov.br**

**Farm. Sandra Aparecida Jeremias - AT Assist. Farmacêutica – CAB/SMS.G
Secretária Executiva da CFT
Fone: 3397-2298
E-mail: sandra@prefeitura.sp.gov.br**

**Dr. Sérgio M. P. Paschoal - Coord. AT Saúde da P. Idosa
CAB/SMS.G
Fone: 3397-2228
E-mail: sppaschoal@prefeitura.sp.gov.br**