

## Coordenador de Normatizações e Diretrizes da SBC

Harry Correa Filho

## Coordenação geral

Hermes Toros Xavier, Maria Cristina de Oliveira Izar, José Rocha Faria Neto, Marcelo H. Assad, Viviane Z. Rocha

## Editor

Hermes Toros Xavier

## Membros do Comitê

André A. Faludi, Andrei C. Sposito, Antonio Carlos P. Chagas, Armênio Guimarães, Emílio H. Moriguchi, Francisco A. H.

Fonseca, Hermes Toros Xavier, Jayme Diament, José Antonio F. Ramires, José Ernesto dos Santos, José Rocha Faria Neto, Marcelo C. Bertolami, Marcelo H. Assad, Maria Cristina O. Izar, Neusa A. Forti, Otávio Rizzi Coelho, Raul Dias dos Santos Filho, Tania L. R. Martinez, Viviane Z. Rocha

## Referência

Xavier H.T., Izar M.C., Faria Neto J.R., Assad M.H., Rocha V.Z., Sposito A.C. et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Arq Bras Cardiol. 2013; 101(4Supl.3):1-22

## Introdução

Tabela 1 - Classes de recomendação

Classe	Recomendação
I	Existe consenso e evidência em favor da indicação
IIa	Existe divergência, mas a maioria aprova
IIb	Existe divergência e divisão de opiniões
III	Não se recomenda

Tabela 2 - Nível de evidência

Nível de evidência	Recomendação
A	Múltiplos ensaios clínicos controlados, aleatorizados
B	Um único estudo clínico controlado aleatorizado, estudos clínicos não aleatorizados, ou estudos observacionais bem desenhados
C	Série ou relato de casos

## Avaliação laboratorial dos parâmetros lipídicos e das apolipoproteínas

- A coleta de sangue deverá ser realizada após jejum de 12 horas para análise das concentrações de triglicérides (TG) como também para o cálculo do LDL-C.
- A medida de colesterol total (CT) e LDL-C constitui o principal alvo terapêutico na prevenção da doença cardiovascular (CV), visto que a maioria dos estudos que avaliaram o impacto do tratamento sobre o risco CV e estudos com fármacos se basearam na análise do CT e do LDL-C.

Tabela 3 - Valores referenciais do perfil lipídico para adultos maiores de 20 anos

Lípides	Valores (mg/dL)	Categoria
CT	< 200	Ótimo
	200-239	Limítrofe
	≥ 240	Alto
LDL-C	< 100	Ótimo
	100-129	Desejável
	130-159	Limítrofe
	160-189	Alto
	≥ 190	Muito Alto

<b>HDL-C</b>	> 60	Ótimo
	< 40	Baixo
<b>TG</b>	< 150	Ótimo
	150-200	Limítrofe
	200-499	Alto
	≥ 500	Muito Alto
<b>Colesterol não-HDL</b>	< 130	Ótimo
	130-159	Desejável
	160-189	Alto
	≥ 190	Muito Alto

## Classificação das dislipidemias

Tabela 4 - Classificação das dislipidemias

Classificação	Conceito
Hipercolesterolemia isolada	Elevação isolada do LDL-C ( $\geq 160$ mg/dL)
Hipertrigliceridemia isolada	Elevação isolada dos TG ( $\geq 150$ mg/dL)
Hiperlipidemia mista	Valores aumentados de LDL-C ( $\geq 160$ mg/dL) e TG ( $\geq 150$ mg/dL). Nos casos onde os TG $\geq 400$ mg/dL, considerar a hiperlipidemia mista, quando o CT for $\geq 200$ mg/dL
HDL-C baixo	Redução do HDL-C (homens $< 40$ mg/dL e mulheres $< 50$ mg/dL) isolada ou em associação com aumento de LDL-C ou de TG

## Estratificação do risco CV para prevenção e tratamento da aterosclerose

Determinação da presença de doença aterosclerótica significativa ou de seus equivalentes

Tabela 5 - Identificação de manifestações clínicas da doença aterosclerótica ou de seus equivalentes

	Recomendação	Nível de evidência
Determinada como presença de diabetes melito tipo 1 ou 2, de doença renal crônica ou da presença de aterosclerose na forma subclínica documentada por metodologia diagnóstica, mesmo em prevenção primária. Indivíduos assim identificados, possuem risco maior do que 20% em 10 anos de apresentar novos eventos CV ou de um primeiro evento CV	I	A

## Utilização dos escores de predição do risco

### Escore de risco:

- Framingham: estima a probabilidade de ocorrer infarto do miocárdio ou morte por doença coronária no período de 10 anos em indivíduos sem diagnóstico prévio de aterosclerose clínica. Identifica adequadamente indivíduos de alto e baixo risco.
- Reynolds: estima a probabilidade de infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral, morte e revascularização do miocárdio em 10 anos.
- Global: estima o risco de infarto do miocárdio, acidente vascular encefálico, insuficiência vascular periférica ou insuficiência cardíaca em 10 anos.
- Tempo de Vida: utilizado a partir dos 45 anos, avalia a probabilidade de um indivíduo a partir dessa idade apresentar um evento isquêmico.
- A combinação de um escore de curto prazo e outro de longo prazo permite melhor estimativa de risco.

Tabela 6 - Definição de risco CV

Risco	Definição	Recomendação	Nível de evidência
Baixo	Probabilidade < 5% de apresentarem os principais eventos CV [doença arterial coronária (DAC), acidente vascular cerebral (AVC), doença arterial obstrutiva periférica ou insuficiência cardíaca] em 10 anos	I	A

Intermediário	Pacientes de baixo risco com histórico familiar de doença cardiovascular prematura	IIa	B
	Homens com risco calculado $\geq 5\%$ e $\leq 20\%$ e mulheres com risco calculado $\geq 5\%$ e $\leq 10\%$ de ocorrência de algum dos eventos citados	I	A
Alto	Risco calculado $> 20\%$ para homens e $> 10\%$ para mulheres no período de 10 anos	I	A

**Tabela 7 - Critérios de identificação de pacientes com alto risco de eventos coronários (fase 1)**

Doença aterosclerótica arterial coronária, cerebrovascular ou obstrutiva periférica, com manifestações clínicas (eventos CV)
Ateroclerose na forma subclínica, significativa, documentada por metodologia diagnóstica
Procedimentos de revascularização arterial
Diabete melito tipo 1 e tipo 2
Doença renal crônica
Hipercolesterolemia familiar (HF)



Tabela 8 - Escore de risco global

**Recomendações**

O Escore de risco global deve ser utilizado na avaliação inicial entre os indivíduos que não foram enquadrados nas condições de alto risco

Tabela 9 - Atribuição de pontos de acordo com o risco CV global para mulheres

Pontos	Idade (anos)	HDL-C	CT	Pressão arterial sistêmica (PAS) (não tratada)	PAS (tratada)	Fumo	Diabetes
-3				< 120			
-2		60+					
-1		50-59			< 120		
0	30-34	45-49	< 160	120-129		Não	Não
1		35-44	160-199	130-139			
2	35-39	< 35		140-149	120-129		

3		200-239		130-139	Sim
4	40-44	240-279	150-159		Sim
5	45-49	280+	160+	140-149	
6				150-159	
7	50-54			160+	
8	55-59				
9	60-64				
10	65-69				
11	70-74				
12	75+				

Tabela 10 - Risco CV global em 10 anos para mulheres

Pontos	Risco (%)	Pontos	Risco (%)
≤ -2	< 1	13	10,0
-1	1,0	14	11,7
0	1,2	15	13,7
1	1,5	16	15,9
2	1,7	17	18,5
3	2,0	18	21,6
4	2,4	19	24,8
5	2,8	20	28,5
6	3,3	21+	> 30
7	3,9		
8	4,5		
9	5,3		
10	6,3		
11	7,3		
12	8,6		

Tabela 11 - Atribuição de pontos de acordo com o risco CV global para homens

Pontos	Idade (anos)	HDL-C	CT	PAS (não tratada)	PAS (tratada)	Fumo	Diabetes
-2		60+		< 120			
-1		50-59					
0	30-34	45-49	< 160	120-129	< 120	Não	Não
1		35-44	160-199	130-139			
2	35-39	< 35	200-239	140-159	120-129		
3			240-279	160+	130-139		Sim
4			280+		140-159	Sim	
5	40-44				160+		
6	45-49						
7							
8	50-54						
9							
10	55-59						
11	60-64						
12	65-69						

13	
14	70-74
15+	75+

Tabela 12 - Risco CV global em 10 anos para homens

Pontos	Risco (%)	Pontos	Risco (%)
≤ -3 ou menos	< 1	13	15,6
-2	1,1	14	18,4
-1	1,4	15	21,6
0	1,6	16	25,3
1	1,9	17	29,4
2	2,3	18+	> 30
3	2,8		
4	3,3		
5	3,9		
6	4,7		

7	5,6
8	6,7
9	7,9
10	9,4
11	11,2
12	13,2

Reclassificação do risco predito pela presença de fatores agravantes do risco

**Tabela 13 - Reclassificação de risco**

	Recomendação	Nível de evidência
Nos indivíduos de risco intermediário deve-se utilizar os fatores agravantes, que quando presentes (pelo menos um desses fatores) reclassificam o indivíduo para a condição de alto risco	IIa	B

Tabela 14 - Fatores agravantes de risco

	Recomendação	Nível de evidência
História familiar de doença arterial coronária prematura (parente de primeiro grau masculino < 55 anos ou feminino < 65 anos)	IIa	A
Crítérios de síndrome metabólica de acordo com a <i>International Diabetes Federation</i> (IDF) <sup>1,2</sup>	IIb	A
Microalbuminúria (30-300 µg/min) ou macroalbuminúria (> 300 µg/min)	IIb	B
Hipertrofia ventricular esquerda	IIa	B
Proteína-C-Reativa de alta sensibilidade > 2 mg/L <sup>3</sup>	IIa	B
Espessura íntima-média de carótidas > 100 ou > 75% para idade ou sexo <sup>4</sup>	IIb	B
Score de cálcio coronário > 100 ou > 75% para idade ou sexo <sup>5</sup>	IIa	A
ITB < 0,9 <sup>5</sup>	IIa	

1. IDF Task Force. *The Lancet* 2005; 366:1059-62. 2. IDF Clinical Guidelines Task Force. *Global Guideline for Type 2 Diabetes: recommendations for standard, comprehensive, and minimal care. Diabet Med.* 2006; 23(6): 579-93. 3. Ridker PM, Danielson E, Fonseca FA, et al; JUPITER Trial Study Group. *Reduction in C-reactive protein and LDL cholesterol and cardiovascular event rates after initiation of rosuvastatin: a prospective study of the JUPITER trial. Lancet* 2009;373(9670):1175-82. 4. Huijter HM, Peters SA, Anderson TJ, et al. *Common carotid intima-media thickness measurements in cardiovascular risk prediction. A meta-analysis. JAMA.* 2012;308:796-803. 5. Yeboah J, McClelland LR, Polonski TS, et al. *Comparison of novel risk markers for improvement in cardiovascular risk assessment in intermediate-risk individuals. JAMA.* 2012;308:788-795.

Tabela 15 - Critérios diagnósticos de síndrome metabólica

Critérios		Definição	
Obesidade abdominal	Homens	Branco de origem europeia e negro	≥ 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	
HDL-colesterol	Homens	< 40 mg/dL	
	Mulheres	< 50 mg/dL	
Pressão arterial	Sistólica	≥ 130 mmHg ou tratamento para hipertensão arterial	
	Diastólica	≥ 85 mmHg ou tratamento para hipertensão arterial	
Glicemia		Jejum ≥ 100 mg/dL	



Tabela 16 - Risco absoluto em 10 anos

Classificação	Risco (%)
Baixo risco	< 5 em homens e mulheres
Risco intermediário	≥ 5 e ≤ 10 nas mulheres
	≥ 5 e ≤ 20 nos homens
Alto risco	> 10 nas mulheres
	> 20 nos homens

Tabela 17 - Escore de risco pelo tempo de vida

	Recomendação	Nível de evidência
Nos indivíduos com 45 anos ou mais, com risco CV baixo e intermediário, deve-se utilizar o escore de risco pelo tempo de vida	IIa	B

**Tabela 18 - Classificação dos fatores de risco (FR) de acordo com o controle e/ou importância do(s) mesmo(s)**

FR	FR ótimos	1 FR não ótimo	FR elevados	FR principais
Colesterol total	< 180 mg/dL	180-199 mg/dL	200-239 mg/dL	> 240 mg/dL
PAS	Não tratada < 120 mmHg	Não tratada 120-139 mmHg	Não tratada 140-159 mmHg	Tratamento para hipertensão arterial sistêmica (HAS) ou PAS não-tratada ≥ 160 mmHg
Pressão arterial diastólica (PAD)	Não tratada < 80 mmHg	Não tratada 80-89 mmHg	Não tratada 90-99 mmHg	Tratamento para HAS ou PAD não-tratada ≥ 100 mmHg
Fumo	Não	Não	Não	Sim
Diabetes	Não	Não	Não	Sim

Tabela 19 - Risco de eventos CV fatais e não fatais pelo escore de risco por tempo de vida em homens de acordo com a exposição aos FR ao longo da vida

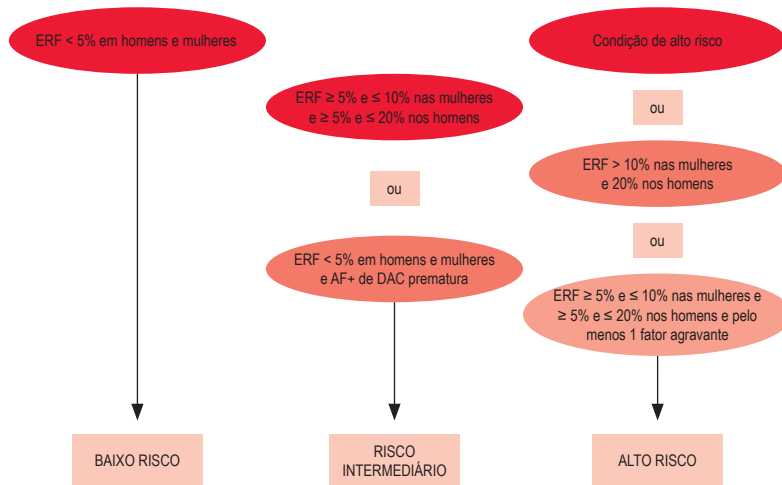
Risco	Situação de acordo com os FR				
	Todos os FR ótimos	≥ 1 FR não ótimo(s)	≥ 2 FR elevado	1 FR principal	≥ 2 FR principais
<b>Risco % (IC 95%)</b>					
A partir dos 45 anos					
DAC fatal ou infarto agudo do miocárdio (IAM) não-fatal	1,7 (0-4,3)	27,5 (15,7-39,3)	32,7 (24,5-41,0)	34,0 (30,4-37,6)	42,0 (37,6-46,5)
AVC fatal ou não-fatal	6,7 (1,4-11,9)	7,7 (5,0-10,4)	8,5 (6,9-15,6)	8,4 (7,5-9,4)	10,3 (9,0-11,7)
Morte CV	9,1 (0-18,6)	13,1 (9,9-16,3)	15,3 (13,3-17,3)	20,7 (19,4-22,2)	32,5 (30,5-34,5)
Eventos CV ateroscleróticos	1,4 (0-3,4)	31,2 (17,6-44,7)	35,0 (26,8-43,2)	39,6 (35,7-43,6)	49,5 (45,0-53,9)

**Tabela 20 - Risco de eventos CV fatais e não fatais pelo escore de risco por tempo de vida em mulheres de acordo com a exposição aos FR ao longo da vida**

Risco	Situação de acordo com os FR				
	Todos os FR ótimos	≥ 1 FR não ótimo(s)	≥ 2 FR elevado	1 FR principal	≥ 2 FR principais
<b>Risco % (IC 95%)</b>					
A partir dos 45 anos					
DAC fatal ou IAM não-fatal	1,6 (0-4,3)	9,3 (3,0-15,6)	9,3 (5,0-13,7)	12,7 (10,3-15,0)	21,5 (17,5-25,5)
AVC fatal ou não-fatal	8,3 (3,8-12,8)	8,9 (6,5-11,3)	9,1 (7,5-10,9)	9,1 (7,9-15,9)	11,5 (9,5-13,5)
Morte CV	4,8 (0,8-8,7)	4,9 (3,1-6,7)	6,9 (5,4-8,3)	11,2 (9,9-12,5)	21,9 (19,4-24,5)
Eventos CV ateroscleróticos	4,1 (0-8,2)	12,2 (4,6-19,7)	15,6 (10,3-20,9)	20,2 (17,2-23,2)	30,7 (26,3-35,0)

- O risco predito pelo escore de risco por tempo de vida acima de 39% em homens ou acima de 20,2% em mulheres caracteriza condição de alto risco pelo tempo de vida.

Figura 1 - Algoritmo de estratificação do risco CV



ERF: escore de risco global; AF: antecedentes familiares; DAC: doença arterial coronária.

## Metas terapêuticas

- A mortalidade por DAC é a principal causa de morte no país e o colesterol elevado é considerado o principal FR modificável.

Tabela 21 - Recomendações

	Recomendação	Nível de evidência	
Reduções de colesterol, principalmente nos níveis de LDL-C, através de mudanças no estilo de vida e/ou fármacos, ao longo da vida, tem grande benefício na redução de desfechos CV	I	A	
Recomenda-se para os indivíduos de risco alto, intermediário ou baixo, metas terapêuticas, primária e secundária	Meta primária: meta para LDL-C	I	A
	Meta secundária: meta para o colesterol não-HDL	II	A
Não são propostas metas para o HDL-C, embora se reconheça seu valor como FR CV	I	A	
Indivíduos com triglicérides acima de 500 mg/dL devem receber terapia apropriada para redução do risco de pancreatite e aqueles com valores entre 150 e 499 mg/dL devem receber terapia individualizada, com base no risco CV e condições associadas	II	A	
Variáveis como níveis de apolipoproteínas ou para a Lp(a) não são especificadas metas terapêuticas, embora se reconheça que apo B e Lp(a) possam adicionar informação prognóstica em relação ao LDL-C em alguns subgrupos de pacientes	II	A	

Tabela 22 - Meta lipídica de acordo com risco CV\*

Nível de Risco	Meta primária: LDL-C (mg/dL)	Meta secundária (mg/dL)
Alto	LDL-C < 70	Colesterol não-HDL < 100
Intermediário	LDL-C < 100	Colesterol não-HDL < 130
Baixo	Meta individualizada	Meta individualizada

*\*Pacientes de baixo risco CV deverão receber orientação individualizada, com as metas estabelecidas pelos valores referenciais do perfil lipídico (apresentados na Tabela 3) e foco no controle e prevenção dos demais fatores de risco CV.*

## Tratamento não medicamentoso das dislipidemias

- A terapia nutricional deve sempre ser adotada. O alcance das metas de tratamento é variável e depende da adesão à dieta, às correções no estilo de vida – perda de peso, atividade física e cessação do tabagismo e, principalmente, da influência genética da dislipidemia em questão. A utilização de técnicas adequadas de mudança do comportamento dietético é fundamental.

**Tabela 23 - Impacto de mudanças alimentares e de estilo de vida**

Intervenção não medicamentosa	Hipercolesterolemia (CT e LDL-C)		Trigliceridemia		Níveis de HDL-C	
	Magnitude	Nível de evidência	Magnitude	Nível de evidência	Magnitude	Nível de evidência
Redução de peso	+	B	+++	A	++	A
Reduzir a ingestão de ácidos graxos (AG) saturados	+++	A			+++	A
Reduzir a ingestão de AG trans	+++	A			+++	A
Ingestão de fitosteróis	+++	A				
Ingestão de fibras solúveis	++	A				
Ingestão de proteínas da soja	+	B				
Cessar tabagismo					++	B
Reduzir a ingestão de bebidas alcoólicas			+++	A		
Aumento da atividade física	+	A	++	A	+++	A



## Tratamento farmacológico das dislipidemias

Tabela 24 - Recomendações

		Recomendação	Nível de evidência
Estatinas	Está indicada em terapias de prevenção primária e secundária como primeira opção	I	A
Resinas	Adição de colestiramina (resina disponível no Brasil) ao tratamento com estatinas é recomendado quando a meta de LDL-C não é obtida apesar do uso de estatinas potentes em doses efetivas	IIa	C
Ezetimiba	Recomendada adição quando a meta de LDL-C não é atingida com o tratamento com estatinas	IIa	C
Niacina	Não há evidência de benefício com esse fármaco em indivíduos com LDL-C controlado	III	A
Fibratos	Terapia com fibratos reduziu o risco relativo de eventos CV em 10%, eventos coronarianos em 13%, sem benefício em mortalidade CV	IIa	B
	Nos pacientes diabéticos tipo 2 o uso de fibratos para prevenção de doenças microvasculares tem evidência de estudos em monoterapia e em associação com estatina	I	A
AG Ômega 3	Indicação na terapia de prevenção CV não está recomendada	III	A

Tabela 25 - Efeito dos fibratos sobre o HDL-C e TG

Medicamento	Dose (mg/dia)	$\Delta$ HDL-C	$\Delta$ TG
Bezafibrato	400 a 600	+ 5% a 30%	- 15% a 55%
Ciprofibrato	100	+ 5% a 30%	- 15% a 45%
Etofibrato	500	+ 5% a 20%	- 10% a 30%
Fenofibrato	160 e 200 (micronizado) ou 250	+ 5% a 30%	- 10% a 30%
Genfibrozila	600 a 1200	+ 5% a 30%	- 20% a 60%

## Novos fármacos

Tabela 26 - Novos fármacos

Medicamento	
Inibidores da “ <i>cholesterol ester transfer protein</i> ” (CETP)	A CETP aumenta a concentração de colesterol na HDL e diminui nas lipoproteínas que contêm apo B incluindo VLDL e LDL. Não se observou redução dos ateromas e houve excesso de mortes e eventos CV aparentemente relacionados à ativação adrenal e elevação da pressão arterial
Proteína de transferência microsossomal de triglicérides (MTP)	Redução dos níveis de colesterol e triglicérides plasmáticos. Pacientes homozigotos para hipercolesterolemia familiar tiveram redução do LDL-C em até 50,9% após 4 semanas de tratamento. Porém associou-se ao acúmulo de triglicérides hepáticos e, conseqüentemente, esteatose hepática, e por isso sua indicação tem sido proposta para dislipidemias graves
Inibidores do “ <i>Proprotein convertase subtilisin kexin type 9</i> ” (PCSK9)	Diminuem o LDL-C de 20% a 50%. Anticorpos e oligonucleotídeos antisense para a PCSK9 estão sendo testados em estudos em fase II e III. Não existe, contudo, evidência disponível de benefício clínico até o momento
Inibidores da síntese de apolipoproteína B	Reduzem as concentrações plasmáticas de VLDL, LDL e Lp(a). Até o momento, não existe evidência de benefício CV e seu uso tem sido proposto para formas graves de hipercolesterolemia

## Dislipidemia em grupos especiais

Tabela 27 - Dislipidemias graves

Condições		Recomendação	Nível de evidência
Hipercolesterolemia isolada	HF deve ser cogitada sempre que o valor de LDL-C estiver igual ou acima de 190 mg/dL	I	C
	Os critérios diagnósticos, a conduta e as possibilidades terapêuticas para esta grave dislipidemia estão disponíveis na I Diretriz Brasileira de Hipercolesterolemia Familiar	-	-
Hipertrigliceridemia isolada	Níveis de TG acima de 1.000 mg/dL, representam risco importante de pancreatite aguda e justificam prontas medidas de intervenção de restrição alimentar e farmacológica após investigadas as possíveis doenças metabólicas não compensadas e/ou fármacos em uso	-	-
Associação de hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia	Nesta condição de dislipidemia mista, com taxas elevadas, está indicada, além de restrição alimentar, associação de fármacos, a depender da experiência do médico ou grupo responsável	I	C
Resistência ao tratamento	Esta situação justifica o encaminhamento dos pacientes de alto risco a grupos ou centros especializados	-	-

Tabela 28 - Idosos (&gt; 65 anos)

	Recomendação	Nível de evidência
Para a hipercolesterolemia, as estatinas são a primeira escolha		
Estudos de prevenção primária e secundária demonstraram benefícios do tratamentos de redução de eventos coronários, AVC e preservação de funções cognitivas	Ila	B

Tabela 29 - Crianças e adolescentes

Recomendações
Recomenda-se a determinação do perfil lipídico a partir dos 2 anos de idade quando: (1) avós, pais, irmãos e primos de primeiro grau apresentem dislipidemia, principalmente grave ou manifestação de aterosclerose prematura; (2) há clínica de dislipidemia; (3) tenham outros fatores de risco; (4) há acometimento por outras doenças, como hipotireoidismo, síndrome nefrótica, imunodeficiência etc; (5) há utilização de contraceptivos, imunossupressores, corticoides, antirretrovirais e outras drogas que possam induzir elevação do colesterol <sup>6,7</sup>
6. Santos RD, Gagliardi AC, Xavier HT, Casella Filho A, Araujo DB, Cesena FY, Alves RJ. [in process citation]. <i>Arquivos brasileiros de cardiologia</i> . 2012;99:1-28.
7. Giuliano IC, Caramelli B, Pellanda L, Duncan B, Mattos S, Fonseca FH, Sociedade Brasileira de C. [i guidelines of prevention of atherosclerosis in childhood and adolescence]. <i>Arquivos brasileiros de cardiologia</i> . 2005;85 Suppl 6:4-36.

Tabela 30

Variáveis lipídicas	Valores (mg/dL)		
	Desejáveis	Limítrofes	Elevados
CT	< 150	150-169	≥ 170
LDL-C	< 100	100-129	≥ 130
HDL-C	≥ 45	-	-
TG	< 100	100-129	≥ 130

## Dislipidemias secundária e na presença de outras comorbidades

Tabela 31

Condições	Recomendação	Nível de evidência
Hipotireoidismo	Estatina só deverá ser iniciada após a regularização dos níveis hormonais, em função do risco aumentado de miosite nesses pacientes	-

Hepatopatias	A cirrose biliar, a colangite esclerosante e outras hepatopatias que cursam com colestase, podem ser acompanhadas de hipercolesterolemia significativa, mas a colesterolemia não se correlaciona aos níveis plasmáticos de bilirrubina. Com relação às doenças hepáticas não colestáticas crônicas e à cirrose hepática, não há contraindicação à terapia com estatinas. Entretanto, no surgimento de icterícia, elevação de bilirrubina direta ou aumento do tempo de protrombina, a estatina deve ser suspensa	IIb	C
	Estatina também deverá ser suspensa no surgimento de nova doença hepática, quando não for possível excluí-la como agente causal	IIb	C
Doenças Autoimunes	Pacientes com doenças autoimunes podem apresentar risco CV mais elevado	-	-
	Não há indicação de terapia com estatinas em prevenção primária baseada exclusivamente na presença da doença autoimune	III	C
	Caso seja necessário o uso de fármacos hipolipemiantes, sua utilização deve ser baseada pelas recomendações para as populações não portadoras de doenças autoimunes	-	-
Pós-transplante	As anormalidades lipídicas são frequentes pós-transplante cardíaco e estão associadas à maior incidência de doença vascular do enxerto	-	-
	O tratamento com estatinas é o tratamento de escolha, devendo-se iniciar com baixas doses	IIa	B

Doença renal crônica	A doença renal crônica (DRC) nos estágios mais avançados, é considerada como risco-equivalente à DAC, e a redução de LDL-C deverá ser o objetivo principal no tratamento	I	A
	Tratamento com estatinas não deve ser iniciado em pacientes que já se encontrem em tratamento hemodialítico	III	A
	Nos demais pacientes, em especial naqueles com DRC avançada, meta de LDL-C < 70mg/dL deve ser atingida com estatina isolada ou associada à ezetimiba	Ila	B
Síndrome coronária aguda	Recomenda-se à instituição precoce do tratamento com altas doses de estatina entre o primeiro e o quarto dia da síndrome coronária aguda (SCA)	I	A
	Preferencialmente atorvastatina na dose 80 mg	-	-
	Pacientes indicados à intervenção percutânea, angioplastia, podem experimentar benefício adicional quando a dose de estatina for administrada até 12 horas antes do procedimento	Ila	B
	A dose de estatina apropriada para manter o LDL-C na meta terapêutica (LDL-C < 70 mg/dL) deverá ser mantida	I	A



## Situações especiais nas mulheres

Tabela 32

Condições		Recomendação	Nível de evidência
Idade fértil e gestação	A terapia com estatinas deve ser evitada em mulheres em idade fértil e sem contracepção adequada ou que desejem engravidar, gestantes e mulheres amamentando	-	-
	Os fibratos poderão ser considerados nos casos de hipertrigliceridemia muito grave (TG > 1000 mg/dL), sob a análise de risco/benefício para as gestantes (alta mortalidade mãe e feto por pancreatite aguda durante a gravidez). Entretanto, o controle dietético deve ser o tratamento de eleição em gestantes, e em casos extremos, a aférese poderá ser recomendada	IIa	C
Menopausa e climatério	A terapia de reposição hormonal (TRH) após a menopausa pode reduzir o LDL-C em até 20-25% e aumentar o HDL-C em até 20%	-	-
	Porém, a TRH não está recomendada com a finalidade exclusiva de reduzir o risco CV em mulheres nesse período, seja em prevenção primária ou secundária	III	A