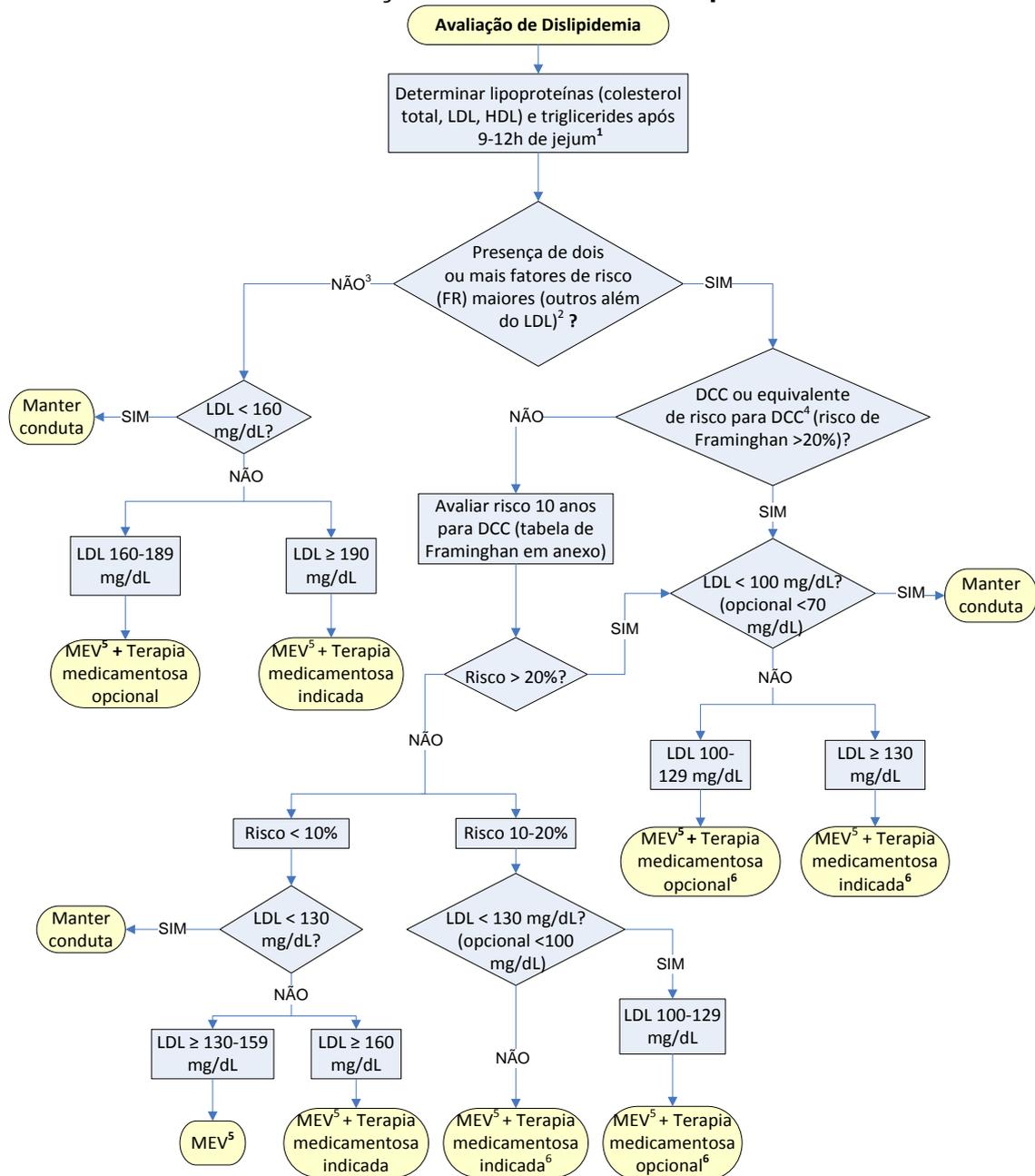


# DISLIPIDEMIA

## Estratificação de Risco e Metas Lipídicas



1 - Pacientes com alterações no perfil lipídico devem ter seus exames confirmados pela repetição de nova amostra. A nova dosagem deverá ser realizada com o intervalo mínimo de uma semana e máximo de dois meses após a coleta da primeira amostra.

2 - Tabagismo, HAS, história familiar de DCC prematura (1º grau: masculino < 55 anos ou feminino < 65 anos), idade (homem  $\geq$  45 anos ou mulher  $\geq$  55 anos), HDL < 40 mg/dL (HDL  $\geq$  60 mg/dL remove um fator de risco da contagem total).

3 - Corresponde, na maioria das pessoas, a risco Framingham 10 anos < 10%, portanto, a avaliação pela tabela de Framingham é desnecessária.

4 - Doença Cardíaca Coronariana (DCC) clínica (história de IAM, angina, angioplastia ou revascularização, evidência de isquemia miocárdica clinicamente significante), doença arterial carotídea sintomática, doença arterial periférica, aneurisma de Aorta abdominal, diabetes mellitus.

5 - Atividade física, controle de peso, orientações dietéticas: gordura saturada < 7% das calorias, colesterol < 200 mg/dia, fibra solúvel (10-25 g/dia), fitoesteróis/fitoestanois (2 g/dia).

6 - Intensidade da terapia deve ser suficiente para reduzir pelo menos 30-40% os níveis de LDL.

**OBS:** Em pacientes de alto risco, se triglicérides elevado ou baixo HDL, considerar combinação de fibrato ou ácido nicotínico com a droga redutora de LDL. Se triglicérides > 200 mg/dL, o alvo secundário da terapia é o não-HDL, que deve ser no máximo 30 mg/dL acima do LDL-alvo.

**Opções de drogas terapêuticas:** estatinas (inibidores da HMG-CoA redutase), sequestrantes do ácido biliar, ácido nicotínico, fibratos.

### Referências Bibliográficas:

- I. National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) final report. Circulation 2002;106:3143-3421.
- II. Grundy SM et al. Implications of Recent Clinical Trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III Guidelines. Circulation 2004;110:227-239.
- III. Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretriz Brasileira sobre dislipidemias e prevenção de aterosclerose. Arq Bras Cardiol. 2007; 88 (supl 1):1-19.

**Dra. Flávia Beatriz Pieroni**  
Médica Endocrinologista  
Assessoria Científica  
Fevereiro/2012

Os algoritmos de diagnóstico médico têm como objetivo sintetizar condutas fundamentadas na literatura, mas **não** substituem os documentos científicos. Decisões clínicas são individualizadas e não devem basear-se exclusivamente nos algoritmos.

# DISLIPIDEMIA

## Estratificação de Risco e Metas Lipídicas

Escores de Risco de Framingham (ERF) para cálculo do risco absoluto de infarto e morte em 10 anos para homens e mulheres											
RISCO ESTIMADO PARA HOMENS						RISCO ESTIMADO PARA MULHERES					
<b>IDADE</b>		<b>PONTOS</b>				<b>IDADE</b>		<b>PONTOS</b>			
20-34		-9				20-34		-7			
35-39		-4				35-39		-3			
40-44		0				40-44		0			
45-49		3				45-49		3			
50-54		6				50-54		6			
55-59		8				55-59		8			
60-64		10				60-64		10			
65-69		11				65-69		12			
70-74		12				70-74		14			
75-79		13				75-79		16			
<b>Colesterol Total (mg/dL)</b>		<b>IDADE</b>		<b>PONTOS</b>		<b>Colesterol Total (mg/dL)</b>		<b>IDADE</b>		<b>PONTOS</b>	
	20-39	40-49	50-59	60-69	70-79		20-39	40-49	50-59	60-69	70-79
<160	0	0	0	0	0	<160	0	0	0	0	0
160-199	4	3	2	1	0	160-199	4	3	2	1	1
200-239	7	5	3	1	0	200-239	8	6	4	2	1
240-279	9	6	4	2	1	240-279	11	8	5	3	2
≥280	11	8	5	3	1	≥280	13	10	7	4	2
<b>Tabagismo</b>		<b>IDADE</b>		<b>PONTOS</b>		<b>Tabagismo</b>		<b>IDADE</b>		<b>PONTOS</b>	
	20-39	40-49	50-59	60-69	70-79		20-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Não fumante	0	0	0	0	0	Não fumante	0	0	0	0	0
Fumante	8	5	3	1	1	Fumante	9	7	4	2	1
<b>HDL (mg/dL)</b>		<b>PONTOS</b>				<b>HDL (mg/dL)</b>		<b>PONTOS</b>			
≥ 60		-1				≥ 60		-1			
50-59		0				50-59		0			
40-49		1				40-49		1			
< 40		2				< 40		2			
<b>PA sistólica (mmHg)</b>		<b>Sem tratamento</b>		<b>Em tratamento</b>		<b>PA sistólica (mmHg)</b>		<b>Sem tratamento</b>		<b>Em tratamento</b>	
< 120		0		0		< 120		0		0	
120-129		0		1		120-129		1		3	
130-139		1		2		130-139		2		4	
140-159		1		2		140-159		3		5	
≥160		2		3		≥160		4		6	
<b>Pontuação Total</b>		<b>Risco em 10 anos (%)</b>				<b>Pontuação Total</b>		<b>Risco em 10 anos (%)</b>			
< 0		< 1				< 9		< 1			
0		1				9		1			
1		1				10		1			
2		1				11		1			
3		1				12		1			
4		1				13		2			
5		2				14		2			
6		2				15		3			
7		3				16		4			
8		4				17		5			
9		5				18		6			
10		6				19		8			
11		8				20		11			
12		10				21		14			
13		12				22		17			
14		16				23		22			
15		20				24		27			
16		25				≥ 25		≥ 30			
≥ 17		≥ 30									

Os algoritmos de diagnóstico médico têm como objetivo sintetizar condutas fundamentadas na literatura, mas **não** substituem os documentos científicos. Decisões clínicas são individualizadas e não devem basear-se exclusivamente nos algoritmos.

**Dra. Flávia Beatriz Pieroni**  
Médica Endocrinologista  
Assessoria Científica  
Fevereiro/2012