

Prevenção da doença cardiovascular no diabetes

A estratégia de prevenção cardiovascular deve ser individualizada de acordo com o risco.

As Sociedades Brasileiras de Diabetes, Cardiologia e Endocrinologia e Metabologia reuniram-se para formar um painel de especialistas, revisar a melhor evidência disponível e elaborar uma diretriz baseada em evidências com recomendações práticas de estratificação de risco e prevenção de doenças cardiovasculares no portador de diabetes mellitus. A diretriz inclui 59 recomendações e foi dividida em 7 módulos: (1) estratificação do risco cardiovascular, (2) rastreamento da aterosclerose subclínica, (3) rastreamento da isquemia miocárdica silenciosa e prevenção cardiovascular, (4) manejo da hiperglicemia, (5) manejo da dislipidemia, (6) gerenciamento da hipertensão arterial, (7) terapia antiplaquetária. As recomendações abrangem: o impacto de novos fármacos anti-hiperglicêmicos e para redução de lipídios no risco cardiovascular; um guia para o uso de estatinas, incluindo novas definições e metas para LDL-colesterol e colesterol não-HDL; avaliação da isquemia miocárdica silenciosa e aterosclerose subclínica em pacientes com diabetes e o tratamento de hipertensão. Esta edição do Lab.com, aborda a estratificação do risco cardiovascular e as novas metas para LDL-colesterol e colesterol não-HDL, conforme a diretriz.

O diabetes é uma doença heterogênea. Embora o risco cardiovascular seja aumentado na maioria dos pacientes, aqueles sem fatores de risco ou evidências de aterosclerose subclínica estão em menor risco. O gerenciamento ótimo deve confiar em uma abordagem que abrangerá tanto a prevenção de doenças cardiovasculares em indivíduos com maior risco, quanto a proteção do excesso de tratamento naqueles com menor risco. Assim, as estratégias de prevenção cardiovascular devem ser individualizadas de acordo com o risco cardiovascular, enquanto a intensificação do tratamento deve se concentrar nas pessoas com maior risco.

Os pacientes com diabetes tipo 1 e 2 são divididos em quatro grandes categorias de risco cardiovascular: BAIXO, INTERMÉDIO, ALTO E MUITO ALTO (Tabela 1) com base na idade, presença de fatores de estratificação do risco (SF) (Tabela 2), aterosclerose subclínica (SCAT) (Tabela 3), ou doença aterosclerótica clínica (CLAD) (Tabela 4). A taxa de eventos cardiovasculares de 10 anos para categorias de risco baixo, intermediário, alto e muito alto foi respectivamente: <10, 10-20, 20-30 e > 30% (Tabela 1).

Tabela 1 - Categoria de risco cardiovascular no paciente diabético

Categoria de Risco	Risco em 10 anos	Idade (anos)	Condição
Baixo	< 10%	Homem <38 Mulher < 46	Sem fatores de estratificação (SF) Sem aterosclerose subclínica (SCAT)
Intermediário	10-20%	Homem 38-49 Mulher 49-56	Sem doença aterosclerótica clínica (CLAD)
Alto	20-30%	Homem > 49 Mulher > 56 ou qualquer idade se SF ou SCAT	Fatores de estratificação (SF) Aterosclerose subclínica (SCAT) Sem doença aterosclerótica clínica (CLAD)
Muito alto	>30%	Qualquer idade se CLAD	Doença aterosclerótica clínica

As categorias de risco: BAIXO e INTERMEDIÁRIO são baseadas apenas na idade e SF (Tabela 2).

Tabela 2 - Estratificação de fatores de risco (SF)

Idade >49 anos para homens ou >56 anos para mulheres
Duração do diabetes maior que 10 anos
História familiar de doença coronariana prematura
Presença de IDF - Síndrome metabólica definida
Hipertensão tratada ou não tratada
Estimativa da Taxa de filtração glomerular <60mL/min/1,73m ²
Albuminúria acima de 30mg/g de creatinina
Neuropatia cardíaca autonômica
Retinopatia diabética

A transição de BAIXO para RISCO INTERMEDIÁRIO ocorre aos 38 anos e 46 anos, respectivamente, para homens e mulheres. A transição do estado INTERMEDIÁRIO para ALTO RISCO ocorre nas idades 49 e 56 anos, para homens e mulheres, respectivamente. Portanto, pacientes com diabetes sem doença cardiovascular subclínica e fatores de risco são considerados de RISCO INTERMEDIÁRIO quando 38-49 anos (homens) ou 46-56 anos (mulheres) e de BAIXO RISCO se eles são mais jovens.

O grupo de ALTO RISCO é definido pela presença, em qualquer idade, de pelo menos um SF (Tabela 2) ou um indicador de SCAT (Tabela 3), na ausência de CLAD (Tabela 4). Até na ausência dessas condições, um paciente com diabetes também é considerado em RISCO ALTO quando a idade está acima 49 anos em homens ou 56 anos em mulheres.

Finalmente, o MUITO ALTO RISCO inclui pacientes que, a qualquer idade, têm CLAD conforme definido na Tabela 4.

Tabela 3 - Aterosclerose subclínica (SCAT)

Escore de cálcio em artéria coronária (CAC) >10 U Agastston^a
Placa carotídea (espessura íntima-médica >1,5 mm)
Angiotomografia computadorizada de coronárias (CCTA) com placa definida^b
Índice tornozelo-braquial <0,9
Aneurisma de aorta abdominal (AAA)^c

^aQuando disponível, Escore CAC deve ser a modalidade preferida

^bCCTA não deve ser realizada rotineiramente em pacientes assintomáticos

^cPaciente com AAA são de elevado risco cardiovascular, devido a fatores de risco comuns e comorbidades associadas ao aneurisma

Tabela 4 - Doença aterosclerótica clínica (CLAD)

Síndrome coronariana aguda: Infarto agudo do miocárdio ou angina instável

Angina estável ou infarto agudo do miocárdio

Acidente vascular encefálico aterotrombótico ou ataque isquêmico transitório

Revascularização coronária, carotídea ou periférica

Insuficiência vascular periférica ou amputação de membro

Doença aterosclerótica grave - estenose >50% em qualquer território vascular

Em pacientes com diabetes e RISCO MUITO ALTO, o objetivo é reduzir o LDL-c para um nível abaixo de 50 mg / dL ou não HDL-c para um nível abaixo de 80 mg/dL (Tabela 5). Dois estudos duplo-cego, controlados e randomizados demonstraram que a redução dos níveis de LDL-c para próximo ou menor que 50mg/dL está associada com significativa redução da incidência de eventos cardiovasculares maiores. Para pacientes que não estão em tratamento com estatina, em qualquer nível basal LDL-c, é recomendada uma redução inicial no LDL-c ou não-HDL-c de mais de 50% a partir da linha de base.

Tabela 5 - Alvo do colesterol no Diabetes Mellitus

Nível de Risco	Sem estatina	Em tratamento com estatina	
	% de redução	LDL-c (mg/dL)	não-HDL-c (mg/dL)
BAIXO	30-50	<100	<130
INTERMEDIÁRIO	30-50	<100	<130
ALTO	>50	<70	<100
MUITO ALTO	>50	<50	<80

Pacientes diabéticos com RISCO MUITO ALTO devem iniciar estatinas o mais rápido possível na maior dose tolerável para atender os alvos do colesterol (Tabela 5). O perfil lipídico deve ser revisado a cada 1-3 meses. Se os alvos não forem atingidos, a

intensificação de tratamento é aconselhada, quer comutando para uma mais estatina potente, aumentando da dose de estatina, adicionando ezetimiba, e/ou melhorando as modificações do estilo de vida.

Em pacientes com diabetes em RISCO ALTO, o LDL-c deve ser mantido abaixo 70 mg / dL e / ou não HDL-c abaixo de 100 mg/dL. Alternativamente, em pacientes diabéticos de ALTO RISCO que não estão usando estatinas, uma redução inicial de > 50% em LDL-c ou não-HDL-c é recomendada. Se, após 3 meses, os alvos não são atendidos (LDL-c <70 mg/dL ou não-HDL-c <100 mg/dL) o tratamento deve ser intensificado.

Em pacientes com diabetes em ALTO RISCO, com fatores estratificadores (SF) ou aterosclerose subclínica confirmados (SCAT), é altamente recomendável começar terapia com estatina para atingir os alvos (Tabela 5). Se, após 3 meses, os alvos de LDL-c ou não-HDL-c não são atendidos, o tratamento deve ser intensificado.

Em pacientes com diabetes com RISCO BAIXO e INTERMEDIÁRIO os níveis de LDL-c devem ser baixados e mantidos abaixo de 100 mg/dL e não HDL-c deve ser reduzido e mantido abaixo de 130 mg/dL (Tabela 5). As estatinas são inicialmente opcionais para pacientes com BAIXO RISCO, mas deve ser considerado em RISCO INTERMEDIÁRIO se LDL-c e não-HDL-c estão acima dos alvos (Tabela 5). O perfil lipídico deve ser novamente verificado periodicamente para garantir que o nível de LDL-c seja inferior a 100 mg/dL. A intensificação do tratamento é necessária se os alvos não forem atingidos.

Está indicada a investigação de hipercolesterolemia familiar para pacientes diabéticos com LDL-c superior a 190 mg/dL.

Havendo condições clínicas associadas como insuficiência renal crônica, insuficiência cardíaca e hipertrigliceridemia, a diretriz deve ser consultada quanto à conduta adequada na condução terapêutica da dislipidemia. A diretriz é um documento com abordagem ampla e conduta detalhada em cada categoria de risco e situação clínica e está disponível para consulta no endereço eletrônico seguir:

<https://dmsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13098-017-0251-z>.

Assessoria Científica – Lab Rede

Referência

Bertoluci *et al.* Brazilian guidelines on prevention of cardiovascular disease in patients with diabetes: a position statement from the Brazilian Diabetes Society (SBD), the Brazilian Cardiology Society (SBC) and the Brazilian Endocrinology and Metabolism Society (SBEM) *Diabetol Metab Syndr* (2017) 9:53