



Administração dos riscos cardiovasculares

Resumo de diretriz NHG M84 (segunda revisão, janeiro 2012)

traduzido do original em holandês por Luiz F.G. Comazzetto • 2014

autorização para uso e divulgação sem fins lucrativos à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade



Conteúdo

- Definições
- Diagnóstico
 - Anamnese
 - Exame físico
 - Exames adicionais
 - Avaliação do risco
- Conduta
 - Tratamento não-medicamentoso
 - Medicação
 - Monitoramento

O programa de diretrizes da Associação Holandesa de Clínica Geral (NHG) foi desenvolvido para médicos de clínica geral no contexto do sistema de saúde holandês. A Associação não garante a eficácia das diretrizes para utilização em outros países. A informação é apenas para uso educacional e/ou profissional e é fornecida de boa fé, sem qualquer garantia expressa ou implícita. A Associação não se responsabiliza por qualquer perda ou dano resultante do uso das informações contidas nas diretrizes. Todo o acesso e utilização é de responsabilidade do usuário final.

Definições

Doenças cardiovasculares (DCV): infarto do miocárdio, angina pectoris, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral (AVC), acidente isquêmico transitório (AIT), aneurisma da aorta e doença arterial periférica.

Administração dos riscos cardiovasculares: diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos fatores de risco para DCV, incluindo aconselhamento de estilo de vida e orientação para pacientes com um risco elevado de doença ou mortalidade por DCV.

Perfil de risco: inventário geral dos fatores de risco relevantes para DCV: idade, sexo, tabagismo, história familiar, dieta, consumo de álcool, atividade física, pressão arterial, índice

de massa corporal (IMC), perfil lipídico, glicose e taxa de filtração glomerular estimada (TFGe).

Risco estimado: estimativa do risco absoluto da incidência dentro de 10 anos de morbidade ou mortalidade por DCV utilizando uma função com base no perfil de risco de um paciente.

Diagnóstico

Defina sempre um perfil de risco em pacientes:

- com histórico de DCV, diabetes mellitus (DM), artrite reumatóide (AR) ou dano renal crônico.
- com história familiar de DCV (pai, mãe, irmão ou irmã com DCV < 65 anos)
- com pressão arterial sistólica (PAS) > 140 mmHg ou uso de medicação anti-hipertensiva.
- com colesterol total (CT) > 6.5 mmol/l ou o uso da estatina
- tabagistas \geq 50 anos

Anamnese

- história familiar (pai, mãe, irmão ou irmã com CVD < 65 anos)
- tabagismo, dieta, consumo de álcool, atividade física

Exame físico

- determinar a altura e o peso, calcular o IMC; medir circunferência da cintura também se IMC em torno de 30 kg/m²
- medição da pressão arterial duas vezes e calcular a média; repetir as medições em casos onde os valores estiverem no limite do normal.
- medir a pressão arterial nos dois braços durante a primeira consulta e nas consultas consecutivas no braço com a maior PAS.

Exames adicionais

- para avaliação de risco: glicemia de jejum, CT/colesterol HDL, creatinina sérica
- no início e acompanhamento do tratamento: creatinina sérica, (micro)albuminúria, potássio sérico, LDL, triglicérides

- Opcionais: pressão arterial ambulante ou em casa, taxa de pulso, ECG, CK (creatina quinase), transaminases

A avaliação do risco

- pacientes sem DCV: estimar risco-10 anos absoluto de morbidade ou mortalidade por DCV usando a tabela de risco (tabela 1); adicionar 15 anos na idade atual em pacientes com DM ou RA
- pacientes com (histórico de) doenças cardiovasculares: alto risco (tabela de risco não é aplicável)

Conduta

Tratamento não-medicamentoso

Dar conselhos de estilo de vida aos pacientes com fatores de risco modificáveis:

- não fumar: discutir o comportamento em torno do tabagismo e métodos para parar
- exercício físico suficiente: pelo menos 5 dias/semana, durante 30 min/dia, por exemplo, andar de bicicleta, caminhada intensiva ou jardinagem
- uma boa alimentação (de acordo com diretrizes de nutrição)
 - limitar o uso de manteiga, margarina dura, carnes e laticínios gordurosos e petiscos
 - comer duas porções (100-150 g) de peixe por semana, incluindo pelo menos uma porção de peixe gorduroso
 - consumir diariamente de 150 a 200 gramas de verduras e 200 gramas de frutas
 - uso limitado de sal até 6 g por dia; não adicionar sal aos alimentos
- limitar o consumo de álcool: mulheres até 1-2 unidades/dia, os homens até 2-3 unidades/dia
- buscar peso ideal: $IMC \leq 25 \text{ kg/m}^2$ (< 70 anos), $IMC \leq 30 \text{ kg/m}^2$ (≥ 70 anos)
- verificar a presença de estressores e se o paciente deseja resolvê-los
- encaminhar os pacientes motivados para profissionais especializados para acompanhamento nas mudanças de estilo de vida

Medicação

Pacientes sem DCV, DM ou RA

- anti-hipertensivos e/ou estatinas são indicados em:

- $\geq 20\%$ de risco de doença ou morte por DCV em 10 anos e PAS >140 mmHg e/ou LDL $>2,5$ mmol/l
- 10-20% de risco de doença ou morte por DCV em 10 anos e PAS >140 mmHg e/ou LDL $>2,5$ mmol/l, e a presença de outros fatores de risco (tabela 2)
- PAS >180 mmHg ou a relação CT/HDL >8 , independentemente do risco de DCV
- pessoas com mais de 70 anos: fazer um balanço dos prós e contras do tratamento em casos de expectativa de vida curta, extensa comorbidade ou polifarmácia; em pessoas acima de 80 anos a PAS alvo é mais alta (150-160 mmHg)
- *anti-hipertensivos*: ver tabelas 3 e 4 para os diversos passos no tratamento e medicamentos preferenciais em condições clínicas específicas
- estatinas: ver tabela 5 para o plano passo a passo; na fase inicial monitorar LDL a cada 3 meses; não é necessário monitoramento de rotina de transaminases e CK

Os pacientes com DM ou AR

- a indicação de anti-hipertensivos e/ou estatinas é idêntica à de pacientes sem DCV, DM ou AR (ver acima)
- em DM e 10-20% de risco de doença ou morte por DCV em 10 anos, considerar o tratamento em controle precário de glicemia, microalbuminúria, complicações microvasculares ou outros fatores de risco (Tabela 2)
- em AR e 10-20% de risco de doença ou morte por DCV em 10 anos, considerar o tratamento em alta atividade da doença ou outros fatores de risco (tabela 2)

Pacientes com doenças cardiovasculares

- ácido acetilsalicílico (AAS) 80-100 mg 1 vez por dia:
 - após AVC/AIT também dipiridamol (retard) 2 vezes ao dia 200 mg
 - hipersensibilidade a AAS: 1 vez ao dia clopidogrel 75 mg (interromper dipiridamol)
 - em fibrilação atrial, válvula cardíaca artificial, prótese vascular, defeito cardíaco estrutural: derivado da cumarina
- anti-hipertensivos:
 - em PAS >140 mmHg, ver diversos passos no tratamento e medicamentos preferenciais em condições clínicas específicas (tabelas 3 e 4)

- na doença cardíaca coronária: betabloqueador, independentemente da pressão arterial
- após revascularização coronária, infarto do miocárdio e insuficiência cardíaca: inibidor da ECA¹ independentemente da pressão arterial
- após AVC/AIT: anti-hipertensivos são indicados também em PAS \leq 140 mmHg
- estatinas:
 - se LDL $>$ 2,5 mmol/l, consulte a tabela 5 para plano
 - em doença arterial coronariana sintomática ou enfarte do miocárdio: estatinas, independentemente dos níveis de CT e LDL

Monitoramento

Definir plano de controle individual, de acordo com o paciente:

- verificar em cada consulta a aderência do paciente no uso da medicação assim como na aplicação dos conselhos não-medicamentosos
- discutir em cada consulta (novamente), tabagismo, exercício, dieta, álcool, peso e estresse
- examinar PAS na fase de ajustamento da medicação a cada 2-4 semanas, e posteriormente ao menos anualmente
- determinar LDL até atingir valores desejados a cada 3 meses e, posteriormente, apenas quando houverem mudanças (ou controle) do perfil de risco
- determinar CK e transaminases no uso de estatinas apenas em suspeita de toxicidade, queixas musculares graves, suspeita de insuficiência hepática
- determinar creatinina sérica, TFGe e potássio sérico em prescrição de diurético, inibidor da ECA ou ARAs (antagonistas dos receptores da angiotensina):
 - após o início e em cada ajuste da dose: em torno de 10-14 dias
 - ao atingir a dose de manutenção: após 3 e 6 meses, e depois anualmente
 - em declínio da função renal: ver diretrizes nacionais de ‘danos renais crônicos’
- determinar glicemia de jejum em pacientes sem diabetes a cada 3-5 anos
- em ajuste apropriado: desaconselhar o interromper ou reduzir da dosagem da medicação
- encaminhar ao *internista*² em:
 - (suspeita de) crise hipertensiva com urgência
 - (suspeita de) hipertensão secundária

- Considere encaminhamento:
 - ao cardiologista ou geneticista clínico em história familiar de morte súbita cardíaca
 - hipertensão resistente ao tratamento > 6 meses e alto risco de DCV
 - se LDL \leq 2,5 mmol/l não for atingido após 1 ano e alto risco de DCV

TABELA 1: estimativa do risco dentro de 10 anos de morbidade ou mortalidade por DCV em pacientes sem DCV

SBD	mulheres										idade	homens									
	não-fumantes					fumantes						não-fumantes					fumantes				
180	35	38	41	43	44	47	50	>50	>50	>50	70	>50	>50	>50	>50	>50	>50	>50	>50	>50	>50
160	28	31	33	35	36	38	41	44	46	48		45	48	>50	>50	>50	>50	>50	>50	>50	>50
140	22	24	26	28	29	31	33	36	38	39		37	40	42	44	46	49	>50	>50	>50	>50
120	18	19	21	22	23	25	27	29	30	32		30	32	34	36	38	40	43	45	48	50
180	14	17	20	24	30	27	32	37	45	>50	65	25	30	36	44	>50	45	>50	>50	>50	>50
160	10	12	14	17	21	19	22	27	32	39		18	21	26	32	40	33	39	47	>50	>50
140	7	8	10	12	15	14	16	19	23	28		12	15	18	23	29	23	28	34	42	>50
120	5	6	7	9	11	10	11	14	17	20		9	11	13	16	21	17	20	24	30	38
180	10	12	15	18	23	20	23	28	34	42	60	22	26	32	40	50	40	48	>50	>50	>50
160	7	8	11	13	16	14	17	20	24	30		15	19	23	29	36	29	35	42	>50	>50
140	5	6	7	9	12	10	12	14	17	21		11	13	16	20	26	20	25	30	38	47
120	4	4	5	7	8	7	8	10	12	15		8	9	12	15	19	14	18	22	27	34
180	5	6	8	10	12	10	12	15	18	22	55	13	16	20	26	32	25	31	38	47	>50
160	4	4	5	7	9	7	8	10	13	16		10	12	15	18	23	18	22	27	34	43
140	3	3	4	5	6	5	6	7	9	11		7	8	10	13	17	13	16	19	24	31
120	2	2	3	3	4	4	4	5	6	8		5	6	7	9	12	9	11	14	17	22
180	2	3	4	5	6	5	6	7	9	11	50	8	10	12	15	20	15	18	23	28	36
160	2	3	3	3	4	3	4	5	6	8		6	7	9	11	14	11	13	16	20	26
140	1	1	2	2	3	2	3	3	4	6		4	5	6	8	10	7	9	12	15	19
120	1	1	1	2	2	2	2	2	3	4		3	3	4	6	7	5	7	8	10	13
180	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	40	3	3	4	6	7	5	6	8	10	13
160	<1	<1	1	1	1	1	1	1	1	2		2	2	3	4	5	4	4	6	7	9
140	<1	<1	<1	1	1	<1	<1	1	1	1		1	2	2	3	4	3	3	4	5	7
120	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	1	1	1		1	1	2	2	3	2	2	3	4	5

Green: < 10% de risco de doença ou morte por DCV; aconselhamento no estilo de vida se necessário, raramente é indicada a terapia com medicação.

Yellow: 10 - 20% de risco de doença ou morte por DCV; aconselhamento, medicação apenas relacionadas a fatores de risco e PAS > 140 mmHg e/ou LDL > 2,5mmol.

Red: ≥ 20% de risco de doença ou morte por DCV; aconselhamento, medicação se PAS > 140 mmHg e/ou LDL > 2,5mmol.

O risco de pacientes com DM ou AR pode ser estimado adicionando-se 15 anos à idade atual.

Tabela 2. Fatores de risco em pacientes com um risco-10 anos de DCV entre 10% e 20%

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.

	<i>não aumentam o risco</i>	<i>aumento moderado do risco</i>	<i>aumento grave do risco*</i>
Familiares de primeiro grau com DCV prematuro	nenhum	1 familiar < 65 anos	≥ 2 familiares < 65 anos ou ≥ 1 familiar < 60 anos
Exercício físico	≥ 30 min/dia, ≥ 5 dias/semana	< 30 min/dia, ≤ 5 dias/semana	sedentário
IMC	< 30 kg/m ²	30-35 kg/m ²	> 35 kg/m ²
TFGe (MDRD)	< 65 anos: > 60 ml/min/1,73m ² ≥ 65 anos: > 45 ml/min/1,73m ²	< 65 anos: 30-60 ml/min/1,73m ² ≥ 65 anos: 30-45 ml/min/1,73m ²	Todas idades: < 30 ml/min/1,73m ²

* Em pacientes com DM um controle metabólico precário e microalbuminúria e em pacientes com AR a atividade elevada da doença valem como *fatores de aumento grave do risco*

Instruções para o uso da tabela:

- se não houverem fatores que aumentam o risco: redução de riscos, não há indicação para a terapia com medicação;
- 1 fator de aumento grave do risco: indicação para a terapia medicamentosa
- ≥ 2 fatores de aumento moderado do risco : indicação para terapia medicamentosa.

Tabela 3. Roteiro para o tratamento da hipertensão essencial sem complicações em pacientes não-negróides, acima de 50 anos

Passo 1	Diurético tiazídico ou antagonista dos canais de cálcio
Passo 2*	Adicionar inibidor da ECA (em tosse ARA) de preferência em comprimido combinado
Passo 3*	Combinar diurético tiazídico, inibidor da ECA (ou ARA) e antagonista dos canais de cálcio
Passo 4*	Considere hipertensão resistente ao tratamento (veja texto)

* Cada passo seguinte deve ser efetuado se os valores alvo de pressão artéria não forem atingidos.

Tabela 4. Medicamentos preferenciais em condições clínicas específicas

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.

Característica ou condição	Medicação preferencial (separadamente ou combinado)
Idade baixa (< 50 anos)	1. inibidor da ECA (tosse ARAs) 2. adicionar betabloqueador (se tolerado) 3. adicionar diurético ou um antagonista dos canais de cálcio
Idade elevada (> 70 anos)	diurético, antagonista dos canais de cálcio e/ou inibidor da ECA (ou ARA). Escolha baseada em comorbidade e outras medicações
Insuficiência cardíaca	1. inibidor da ECA (tosse ARAs) 2. adicionar diurético 3. adicionar betabloqueador
Danos renais crônicos (inclusive microalbuminúria)	inibidor da ECA (tosse ARAs)
DM (sem microalbuminúria)	1. diurético tiazídico, 2. inibidor da ECA (ou ARA em tosse) 3. adicionar antagonista dos canais de cálcio
Fibrilação atrial	betabloqueador
asma/DPOC	diurético
Raça negra	1. antagonista dos canais de cálcio ou diurético 2. antagonista dos canais de cálcio e diurético

Tabela 5. Plano para a prescrição de estatinas

Passo 1	Começar com sinvastatina 40 mg/dia (ou mais baixo em aumento leve de LDL)
Passo 2*	Mudar para atorvastatina 20 of 40 mg/dia ou rosuvastatina 10 of 20 mg/dia (dose dependente do LDL)
Passo 3*	Aumentar a dose de atorvastatina até 80 mg/dia ou rosuvastatina até um máximo de 40 mg/dia
Passo 4*	Se o valor alvo de LDL não for atingido: ver texto

* Cada passo seguinte deve ser efetuado se os valores alvo não forem atingidos.

Notas do tradutor

1. ECA: enzima conversora da angiotensina
2. Internista: nome geralmente utilizado para referir-se ao grupo de especialistas em medicina interna (*internal medicine*) que engloba diversas sub-especializações de clínica médica como nefrologia, endocrinologia, infectologia, hematologia, oncologia entre outros.