

## Revisão de Temas

### PD - (UM18-3604) - TRIGLICERÍDEOS E RISCO CARDIOVASCULAR

Maria Bernardete Machado<sup>1</sup>; Carlos Albuquerque<sup>1</sup>; Sofia Fraga Almeida<sup>2</sup>; Marília Lima<sup>1</sup>; Sofia Rosas Araújo<sup>1</sup>

1 - USF Infante D. Henrique; 2 - USF Alves Martins

**Introdução/ Objetivo:** A prevalência da hipertrigliceridemia pode ir até 33% e tem-se vindo a revelar um fator independente no risco cardiovascular (RCV). As suas concentrações séricas foram estratificadas de acordo com este risco em: normal <150mg/dl, no limite superior de 150 a 199mg/dl, alto de 200 a 499mg/dl e muito alto  $\geq$  500mg/dl. Neste trabalho pretende-se rever a evidência do real impacto da hipertrigliceridemia no RCV, bem como a necessidade de medidas farmacológicas adicionais.

**Metodologia:** Pesquisa de guidelines, revisões sistemáticas (RS), meta-análises, ensaios clínicos, nas bases de dados Medline, Cochrane, NHS evidence e Normas da Direção Geral de Saúde (NDGS), publicados nos últimos 5 anos, utilizando os termos Mesh: "*Hypertriglyceridemia/drug therapy*" e "*Cardiovascular Diseases*". Foram selecionados artigos cujo título ou resumo foi considerado relevante. A atribuição do nível de evidência e da força de recomendação realizou-se a partir da escala SORT da *American Family Physician*.

**Resultados:** Dos 114 artigos encontrados selecionaram-se 9 [1 NDGS, 4 guidelines e 4 RS]. Handelsman, et al defende a implicação dos triglicerídeos na fisiopatologia da aterosclerose, não se verificando, contudo, uma relação direta entre a diminuição dos seus níveis, em doentes sob estatinas, e a redução do RCV. (2B) Wang et al advoga que apesar dos fibratos apresentarem um efeito protetor nos indivíduos com RCV, não se revelam custo-efetivos na prevenção secundária. (2B) Segundo Klempfner et al, na doença coronária estabelecida níveis mais altos de triglicerídeos associam-se, de forma independente, ao aumento da mortalidade, (2B), e para Kevin et al, fármacos que reduzam os seus níveis podem ter benefícios cardiovasculares, particularmente se os níveis de lipoproteína de alta densidade estiverem reduzidos. (2B) As guidelines referem que em indivíduos sob estatinas com valores de triglicerídeos muito altos [ $\geq$ 500mg/dl na *American Heart Association (AHA)* e *University of Michigan Health System* e  $\geq$ 1000mg/dl na *Endocrine Society (ES)* e na *American Diabetes Association (ADA)*], além das mudanças no estilo de vida, se deve adicionar terapêutica farmacológica para a sua redução. (1A) De acordo com a NDGS, estas devem ser instituídas para valores >200mg/dL se RCV alto, sendo a estatina a primeira escolha, e a adição de um segundo fármaco deve ser considerada para valores >880mg/dl. (2B) Segundo a AHA e a ES pode introduzir-se o fibrato como primeira linha para o controlo da hipertrigliceridemia (2B), mas a niacina ou os ácidos gordos ómega 3 (AG $\Omega$ 3) também podem ser considerados. (2C) A ADA recomenda fibratos e/ou AG $\Omega$ 3 apenas na hipertrigliceridemia severa, (2C), salvaguardando que a associação estatina/fibrato não demonstra melhoria na aterosclerose e que a combinação estatina/niacina pode aumentar o risco de acidente vascular cerebral, pelo que estas associações não são geralmente recomendadas. (1A)

**Conclusão:** As estatinas mantêm-se como os fármacos de primeira linha e a introdução de outros com maior implicação nos níveis de triglicerídeos devem ser ponderados individualmente, para níveis considerados muito altos. Estão em curso estudos para determinar o impacto da redução de triglicerídeos na redução do RCV, com a associação estatina/AG $\Omega$ 3 em alta dose, cujos resultados serão uma mais-valia na prática clínica.