

REACÇÕES ADVERSAS CARDIOVASCULARES

DISLIPIDEMIA

DESCRIÇÃO

A dislipidemia (ou hiperlipidemia) está presente quando o colesterol total é elevado, quer pelo valor da LDL (low-density lipoprotein) ou dos triglicéridos ser elevado, quer pelo valor HDL (High-density lipoprotein) ser baixo, ou ainda por uma combinação destes fatores. A alteração dos lípidos no plasma pode aumentar o risco de doenças cardiovasculares. A maioria dos autores considera que um valor de colesterol total abaixo dos 200 mg/dL será um nível em que o risco está reduzido ao mínimo. De uma forma genérica, valores de LDL < 100mg/dL, Triglicéridos <150 mg/dL e HDL >50 mg/dL são considerados níveis ótimos.

MECANISMO FISIOPATOLÓGICO

O colesterol, os triglicéridos e os fosfolípidos são transportados na corrente sanguínea sob a forma de complexos lipoproteicos denominados de lipoproteínas. A disfunção destas lipoproteínas plasmáticas é um dos fatores de risco mais reconhecidos da arteriosclerose responsável por eventos cardiovasculares, como sejam os enfartes do miocárdio, trombozes, angina, acidentes vasculares isquémicos, falência cardíaca.

O aparecimento de lesões arterioescleróticas deve-se fundamentalmente ao aumento do transporte e retenção da LDL plasmática através da parede endotelial para a matriz extracelular do espaço sub-endotelial. Uma vez na parede arterial, a LDL é modificada quimicamente através de oxidação e este estado oxidado leva a uma resposta inflamatória, mediada por imunomoduladores e citocinas. A inflamação repetida e sua reparação,

leva à formação de placas fibrosas cuja rotura provoca a subsequente trombose coronária.

A hiperlipidemia primária ou de origem genética, está classificada em várias categorias conforme o perfil fenotípico de dislipidemia.

A hiperlipidemia pode ser secundária à utilização de diferentes tipos de medicamentos, tais como: progestagénios, diuréticos tiazídicos, glucocorticoides, B-bloqueadores, isotretionina, inibidores da protease, ciclosporina, mirtazepina, sirolimus.

CONTEÚDO

DESCRIÇÃO	102
MECANISMO FISIOPATOLÓGICO	102
FÁRMACOS ENVOLVIDOS	103
TRATAMENTO	103
BIBLIOGRAFIA	104

EXEMPLOS DE FÁRMACOS ENVOLVIDOS

- BETA-BLOQUEANTES;
- GLUCOCORTICOIDES;
- DIURÉTICOS (EX: INDAPAMIDA)
- ISOTRETINOÍNA
- PROGESTAGÉNIOS
- ANTIDEPRESSIVOS (EX: MIRTAZAPINA)
- CICLOSPORINA
- CITOSTÁTICOS E IMUNOSUPRESSORES
- ANTIRRETROVIRAIS

“A terapêutica não farmacológica passa pela adoção de estilos de vida mais saudáveis tais como, dieta cuidada, redução do peso corporal e aumento da atividade física”

TRATAMENTO

O objetivo do tratamento é baixar o colesterol e/ou a LDL de forma a diminuir o risco de eventos cardiovasculares.

Terapêutica não farmacológica: Adoção de estilos de vida mais saudáveis tais como, dieta cuidada, redução do peso corporal e aumento da atividade física.

Terapêutica farmacológica: As estatinas são os fármacos antidislipidémicos considerados mais eficazes, bem tolerados e com provas mais robustas de redução de eventos cardiovasculares. Inibem competitivamente a enzima HMG-CoA redutase que catalisa, na fase inicial, a síntese de colesterol. São exemplos a sinvastatina, a lovastatina, a atorvastatina, a rosuvastatina, etc.

O ácido nicotínico reduz a síntese hepática da LDL, atuando também na HDL ao reduzir o seu catabolismo. É utilizado principalmente no tratamento da dislipidemia mista, caracterizada por níveis elevados da HDL e triglicéridos e níveis baixos da HDL.

Os sequestrantes dos ácidos biliares, cujo exemplo é a colestiramina, são utilizados como segunda escolha quando as estatinas não são suficientes para baixar o nível da LDL. Atuam como uma resina que adsorve colesterol aumentando a sua eliminação.

Os fibratos atuam como antidislipidémicos embora o seu mecanismo de ação permaneça incerto. A sua eficácia é dependente do valor das lipoproteínas no início do tratamento. São os fármacos de escolha no tratamento da hipertriglicemia severa.

Autores

Marta Pereira, Farmacêutica Colaboradora da Unidade de Farmacovigilância do Norte

Inês Ribeiro Vaz, Técnica de Farmacovigilância da Unidade de Farmacovigilância do Norte

Joana Marques, Técnica de Farmacovigilância da Unidade de Farmacovigilância do Norte

Ana Silva, Técnica de Farmacovigilância da Unidade de Farmacovigilância do Norte

Jorge Polónia, Professor na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e

Coordenador da Unidade de Farmacovigilância do Norte

Agradecimentos

Unidade de Farmacovigilância do Sul

DISPONÍVEL ONLINE ATRAVÉS DOS SITES:

ufn.med.up.pt

ufs.ff.ul.pt

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Harrison's. Vol 1. "Principles of internal medicine". 13th ed.
2. Walker R, Edwards C. Clinical Pharmacy and Therapeutics. 3rd ed: Churchill Livingstone; 2003.
3. <http://www.infarmed.pt/infomed>.
4. Wells B, Dipiro J, Schwinghammer T, Dirpiro C. Pharmacotherapy handbook. 7th ed: McGrawHill; 2009.