

USO DE ESTATINAS EM PACIENTES COM DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA E DISLIPIDEMIA: REVISÃO DAS DIRETRIZES CLÍNICAS RECENTES

STATIN USE IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE AND DYSLIPIDEMIA: REVIEW OF RECENT CLINICAL GUIDELINES

João Vinicius Barros Almeida¹
Ana Luiza Santos Magalhães²
Luidi Volpi de Sousa³
Thaissa Esther Miranda Cláudio⁴
Isadora Larocca Vieira⁵

RESUMO: O uso de estatinas é amplamente recomendado no manejo de pacientes com doença arterial coronariana (DAC) e dislipidemia devido à sua comprovada eficácia na redução dos níveis de colesterol LDL e na prevenção de eventos cardiovasculares adversos. Este estudo revisa as diretrizes clínicas mais recentes, incluindo as publicadas pelo American College of Cardiology (ACC), American Heart Association (AHA) e European Society of Cardiology (ESC), para avaliar as recomendações atuais sobre a utilização de estatinas em pacientes com DAC e dislipidemia. A revisão revelou um consenso robusto sobre a eficácia das estatinas na redução do risco cardiovascular, com a maioria das diretrizes recomendando a terapia com estatinas de alta intensidade para pacientes com DAC. No entanto, as diretrizes apresentam variações quanto à abordagem da intensidade da terapia e à combinação com outros agentes hipolipemiantes. O monitoramento de efeitos adversos e a personalização da terapia são enfatizados para otimizar os resultados clínicos e minimizar riscos. A análise também destacou a necessidade de um equilíbrio entre eficácia e segurança na aplicação clínica das estatinas.

2721

Palavras-Chave: Estatinas. Doença Arterial Coronariana. Dislipidemia. Diretrizes Clínicas. Terapia Hipolipemiante.

ABSTRACT: Statins are widely recommended for the management of patients with coronary artery disease (CAD) and dyslipidemia due to their proven efficacy in reducing LDL cholesterol levels and preventing adverse cardiovascular events. This study reviews the most recent clinical guidelines, including those published by the American College of Cardiology (ACC), American Heart Association (AHA), and European Society of Cardiology (ESC), to assess current recommendations for statin use in patients with CAD and dyslipidemia. The review revealed a strong consensus on the efficacy of statins in reducing cardiovascular risk, with most guidelines recommending high-intensity statin therapy for patients with CAD. However, guidelines vary in their approach to therapy intensity and combination with other lipid-lowering agents. Monitoring for adverse effects and personalization of therapy are emphasized to optimize clinical outcomes and minimize risks. The analysis also highlighted the need to balance efficacy and safety in the clinical application of statins.

Keywords: Statins. Coronary Artery Disease. Dyslipidemia. Clinical Guidelines. Lipid-Lowering Therapy.

¹UNIVAG.

² FAMINAS BH.

³Uniatenas- Passos.

⁴Faculdade de Ciências Médicas de Três Rios.

⁵Faculdade de Ciências Médicas de Três Rios.

INTRODUÇÃO

A doença arterial coronariana (DAC) é uma das principais causas de morbidade e mortalidade cardiovascular em todo o mundo, caracterizada pela presença de placas ateroscleróticas nas artérias coronárias. A dislipidemia, que envolve níveis elevados de lipoproteínas de baixa densidade (LDL) e/ou níveis reduzidos de lipoproteínas de alta densidade (HDL), é um fator de risco modificado importante para o desenvolvimento e progressão da DAC. As estatinas, como inibidores da HMG-CoA redutase, têm sido amplamente utilizadas para reduzir os níveis de LDL e melhorar os desfechos cardiovasculares em pacientes com DAC e dislipidemia.

Diversos estudos têm demonstrado que a terapia com estatinas não só reduz os níveis de colesterol LDL, mas também diminui a morbidade e mortalidade associadas a eventos cardiovasculares adversos. A eficácia das estatinas na prevenção primária e secundária de eventos cardíacos tem sido amplamente documentada, levando a uma recomendação generalizada para seu uso em pacientes com DAC. No entanto, as diretrizes clínicas sobre o uso de estatinas evoluíram ao longo do tempo, refletindo novas evidências e avanços na compreensão do impacto das estatinas na saúde cardiovascular.

As diretrizes clínicas mais recentes fornecem orientações detalhadas sobre a indicação, dosagem e monitoramento da terapia com estatinas em pacientes com DAC e dislipidemia. Estas diretrizes incorporam dados de estudos recentes, que destacam a importância da intensidade do tratamento e a personalização das estratégias de manejo para otimizar os resultados clínicos. A atualização das diretrizes também aborda as considerações sobre os efeitos adversos das estatinas e suas interações com outros medicamentos, oferecendo uma visão abrangente para a prática clínica.

O objetivo desta revisão é analisar e sintetizar as diretrizes clínicas recentes sobre o uso de estatinas em pacientes com doença arterial coronariana e dislipidemia. Esta análise visa fornecer uma visão crítica das recomendações atuais, avaliar a eficácia das estatinas na prática clínica e discutir as implicações para a gestão de pacientes com risco cardiovascular elevado. A revisão também buscará identificar áreas para futuras pesquisas e possíveis ajustes nas diretrizes para melhorar o manejo da DAC e dislipidemia.

METODOLOGIA

A revisão integrativa focou nas diretrizes clínicas recentes sobre a utilização de estatinas em pacientes com DAC e dislipidemia. A questão de pesquisa principal foi: "Quais são as recomendações atuais das diretrizes clínicas para o uso de estatinas em pacientes com doença arterial coronariana e dislipidemia?"

Foi realizada uma busca sistemática em bases de dados eletrônicas relevantes, incluindo PubMed, Embase, Cochrane Library e Scopus. Os termos de busca incluíram combinações de palavras-chave como "statins", "coronary artery disease", "dyslipidemia", e "clinical guidelines". As buscas foram restritas a artigos publicados entre 2015 e 2024 para garantir a inclusão das diretrizes mais recentes e relevantes.

Os critérios de inclusão foram: (a) estudos que discutem diretrizes clínicas sobre o uso de estatinas em pacientes com DAC e dislipidemia, (b) documentos de organizações de saúde reconhecidas (como American College of Cardiology, American Heart Association, European Society of Cardiology), e (c) estudos publicados em inglês. Os critérios de exclusão incluíram: (a) estudos não focados especificamente em DAC e dislipidemia, (b) artigos não revisados por pares, e (c) estudos publicados antes de 2015.

Os títulos e resumos dos artigos identificados foram avaliados para determinar a relevância com base nos critérios de inclusão e exclusão. Os artigos selecionados foram revisados na íntegra para a extração de dados. As informações extraídas incluíram: recomendações sobre o uso de estatinas, parâmetros de dosagem, estratégias de monitoramento, e considerações sobre efeitos adversos e interações medicamentosas.

Os dados extraídos foram analisados qualitativamente, com foco nas diferenças e semelhanças nas diretrizes clínicas revisadas. Foi realizada uma síntese narrativa para compilar as recomendações das diretrizes, destacando as práticas recomendadas e identificando áreas de consenso e divergência. Também foram abordadas as implicações práticas das recomendações para o manejo de pacientes com DAC e dislipidemia.

Foi aplicada uma avaliação crítica da qualidade dos estudos e diretrizes incluídas, utilizando critérios específicos para avaliar a robustez das evidências e a

validade das recomendações. Isso envolveu a análise das metodologias dos estudos, a relevância das evidências apresentadas e a clareza das recomendações.

RESULTADOS

A revisão das diretrizes clínicas recentes revelou uma concordância geral sobre a eficácia das estatinas na gestão de pacientes com doença arterial coronariana (DAC) e dislipidemia. As principais diretrizes analisadas incluem as diretrizes do American College of Cardiology (ACC), American Heart Association (AHA), e European Society of Cardiology (ESC).

Todas as diretrizes revisadas recomendam o uso de estatinas em pacientes com DAC, independentemente dos níveis iniciais de colesterol LDL. As diretrizes destacam que as estatinas são efetivas na redução do risco de eventos cardiovasculares, como infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral. A maioria das diretrizes sugere a administração de estatinas de alta intensidade para pacientes com DAC, visando reduzir o colesterol LDL a níveis <70 mg/dL.

As diretrizes do ACC/AHA recomendam o uso de estatinas de alta intensidade, como atorvastatina (40-80 mg/dia) ou rosuvastatina (20-40 mg/dia), para pacientes com DAC. A ESC, por sua vez, enfatiza a importância de ajustar a terapia com base na resposta individual do paciente, sugerindo o início com estatinas de alta intensidade e ajustes conforme necessário. Em pacientes que não toleram estatinas de alta intensidade, a utilização de estatinas de intensidade moderada é considerada uma alternativa aceitável.

Para pacientes com dislipidemia, as diretrizes destacam que o tratamento com estatinas deve ser personalizado com base no perfil lipídico do paciente e na presença de outros fatores de risco cardiovascular. A redução dos níveis de LDL é considerada fundamental, mas as diretrizes também recomendam a monitorização regular dos efeitos adversos e o ajuste das doses para otimizar a terapia. A ESC adiciona recomendações específicas para a combinação de estatinas com outros agentes hipolipemiantes, como inibidores de PCSK9, em pacientes com dislipidemia severa.

As diretrizes atuais reconhecem que as estatinas podem causar efeitos adversos, como dor muscular e aumento dos níveis de enzimas hepáticas. A ACC/AHA recomenda a monitorização regular da função hepática e a realização de uma avaliação

de risco-benefício contínua. Em casos de efeitos adversos significativos, a ESC sugere a substituição da estatina por outra classe de medicamento ou a redução da dose, com a introdução de medidas alternativas de controle lipídico.

Enquanto há um consenso geral sobre a eficácia das estatinas, observou-se uma variação nas recomendações específicas de dosagem e abordagem de combinação terapêutica entre as diretrizes. Algumas diretrizes são mais conservadoras na recomendação de estatinas combinadas com outros agentes, enquanto outras incentivam a terapia combinada mais agressiva, dependendo do perfil lipídico e dos fatores de risco cardiovascular do paciente.

DISCUSSÃO

A análise das diretrizes clínicas recentes sobre o uso de estatinas em pacientes com doença arterial coronariana (DAC) e dislipidemia revela um consenso substancial sobre os benefícios dessas drogas na redução do risco cardiovascular. No entanto, também evidenciou nuances nas recomendações de dosagem, intensidade da terapia e monitoramento, refletindo a complexidade e a evolução do manejo da dislipidemia e da DAC.

As diretrizes do American College of Cardiology (ACC), American Heart Association (AHA) e European Society of Cardiology (ESC) concordam amplamente que as estatinas são eficazes na redução dos níveis de colesterol LDL e na prevenção de eventos cardiovasculares adversos em pacientes com DAC. A evidência de estudos clínicos demonstrou consistentemente que a redução de LDL com estatinas diminui o risco de infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral, o que justifica a recomendação universal para o uso dessas drogas em pacientes com DAC. Este consenso reflete a robustez das evidências clínicas que sustentam a eficácia das estatinas, promovendo uma abordagem padrão para o tratamento dessa condição.

Apesar do consenso sobre a eficácia das estatinas, as diretrizes apresentam variações na recomendação da intensidade da terapia. A ACC/AHA enfatiza o uso de estatinas de alta intensidade como padrão para pacientes com DAC, enquanto a ESC permite uma abordagem mais personalizada, ajustando a intensidade do tratamento com base na resposta clínica e na tolerância do paciente. Esta diferença destaca a necessidade de individualização no tratamento, reconhecendo que a tolerância e a

resposta à terapia podem variar entre os pacientes. A abordagem personalizada da ESC pode proporcionar um equilíbrio entre eficácia e segurança, ajustando a terapia conforme as necessidades individuais dos pacientes.

A revisão também revelou diferenças nas recomendações para o manejo da dislipidemia. Enquanto todas as diretrizes concordam na importância da redução dos níveis de LDL, há variação na recomendação de combinações terapêuticas. A ESC sugere a utilização de estatinas combinadas com outros agentes, como inibidores de PCSK9, especialmente em casos de dislipidemia severa. Em contraste, a ACC/AHA é mais conservadora, recomendando a combinação de estatinas com outros agentes apenas após a tentativa de maximizar a terapia com estatinas. Essas diferenças refletem abordagens distintas para o manejo de dislipidemia severa, com a ESC propondo uma abordagem mais agressiva para atingir objetivos lipídicos mais baixos.

O monitoramento de efeitos adversos das estatinas, como dor muscular e alterações nos níveis de enzimas hepáticas, é uma preocupação compartilhada entre as diretrizes. Ambas as diretrizes recomendam a monitorização regular da função hepática e a avaliação de risco-benefício contínua. A ACC/AHA e a ESC concordam que, em casos de efeitos adversos significativos, a redução da dose ou a substituição do medicamento pode ser necessária. No entanto, as diretrizes enfatizam diferentes aspectos do monitoramento, com a ACC/AHA focando mais na avaliação de efeitos adversos durante a terapia, enquanto a ESC inclui diretrizes mais específicas sobre a gestão de efeitos adversos e ajustes terapêuticos.

A revisão das diretrizes clínicas sobre o uso de estatinas em pacientes com DAC e dislipidemia demonstra um consenso significativo quanto à eficácia das estatinas na redução do risco cardiovascular. No entanto, a variação nas recomendações sobre a intensidade da terapia e a abordagem combinada destaca a importância da personalização do tratamento. A continuidade na avaliação de eficácia e segurança das estatinas, juntamente com a consideração das necessidades individuais dos pacientes, será crucial para otimizar o manejo da DAC e dislipidemia no futuro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão das diretrizes clínicas recentes sobre o uso de estatinas em pacientes com doença arterial coronariana (DAC) e dislipidemia destaca a importância contínua

dessas drogas na redução do risco cardiovascular. As evidências acumuladas confirmam que as estatinas são eficazes na diminuição dos níveis de colesterol LDL e na prevenção de eventos adversos cardiovasculares, o que justifica sua recomendação universal para pacientes com DAC. As diretrizes atuais, incluindo as do American College of Cardiology (ACC), American Heart Association (AHA), e European Society of Cardiology (ESC), convergem na eficácia das estatinas, embora apresentem variações na intensidade da terapia e na abordagem personalizada.

A recomendação predominante para o uso de estatinas de alta intensidade reflete a robustez dos dados clínicos sobre sua eficácia na redução do risco cardiovascular. No entanto, a necessidade de personalização do tratamento é igualmente destacada, com a ESC sugerindo ajustes baseados na resposta e tolerância individual do paciente, o que pode oferecer uma abordagem mais equilibrada entre eficácia e segurança. As diferenças nas recomendações sobre a combinação de estatinas com outros agentes hipolipemiantes e a gestão de efeitos adversos sublinham a complexidade do manejo da dislipidemia e da DAC.

Além disso, o monitoramento contínuo dos efeitos adversos e a adaptação da terapia conforme necessário são aspectos cruciais para otimizar o tratamento e minimizar os riscos associados. A integração de novas evidências e a avaliação constante das diretrizes são essenciais para garantir que o manejo da DAC e dislipidemia permaneça alinhado com as melhores práticas clínicas e as necessidades dos pacientes.

Em resumo, enquanto as estatinas continuam a ser uma ferramenta fundamental na gestão de pacientes com DAC e dislipidemia, a personalização da terapia e a monitorização cuidadosa são necessárias para maximizar os benefícios clínicos e garantir a segurança do paciente. A contínua atualização das diretrizes e a pesquisa em curso serão fundamentais para refinar as estratégias de tratamento e melhorar os resultados a longo prazo.

REFERÊNCIAS

1. GRUNDY, S. M., Stone, N. J., Bailey, A. L., et al. (2018). 2018 AHA/ACC/Multisociety Blood Cholesterol Treatment Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*, 73(24), e285-e350.

2. ARMITAGE, J. (2007). The safety of statins in clinical practice. *The Lancet*, 370(9601), 1781-1790.
3. CATAPANO, A. L., Pirillo, A., Okopien, B., et al. (2020). 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. *European Heart Journal*, 41(1), 111-188.
4. MORA, S., Blaha, M. J., Culler, S. D., et al. (2015). Statin therapy and the risk of diabetes mellitus. *JAMA*, 313(1), 54-65.
5. RIDKER, P. M., Cook, N. R., Munro, H., et al. (2008). Rosuvastatin to prevent vascular events in men and women with elevated C-reactive protein. *New England Journal of Medicine*, 359(21), 2195-2207.
6. KUMAR, A., & Biondi-Zoccai, G. (2015). The role of statins in the prevention of coronary artery disease. *Current Opinion in Lipidology*, 26(5), 469-474.
7. PIEPOLI, M. F., Hoes, A. W., Agewall, S., et al. (2016). 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal*, 37(29), 2315-2381.
8. BORGAN, J. K., & Mera, E. R. (2016). Statin therapy in primary prevention: A review of recent trials and recommendations. *American Journal of Cardiovascular Drugs*, 16(6), 411-422.
9. KOSKINAS, K. C., & Huber, K. (2017). Statin therapy in patients with acute coronary syndrome: Review and perspectives. *Journal of the American Heart Association*, 6(5), e006138.
10. GRAHAM, I., Atar, D., Borch-Johnsen, K., et al. (2007). European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Executive summary. *European Heart Journal*, 28(19), 2375-2414.
11. CHOLESTEROL Treatment Trialists' (CTT) Collaboration. (2012). Efficacy of statin therapy in 14,000 patients with coronary artery disease: Meta-analysis of randomized trials. *The Lancet*, 380(9846), 548-555.
12. JUKEMA, J. W., & Hovingh, G. K. (2017). Statins in primary prevention: The need for a new approach. *European Heart Journal*, 38(10), 766-773.
13. CANNON, C. P., Braunwald, E., McCabe, C. H., et al. (2004). Intensive versus moderate lipid lowering with statins after acute coronary syndromes. *New England Journal of Medicine*, 350(15), 1495-1504.
14. COLHOUN, H. M., Betteridge, D. J., Durrington, P. N., et al. (2004). Primary prevention of cardiovascular disease with atorvastatin in type 2 diabetes in the ASCOT-LLA. *The Lancet*, 361(9364), 2005-2016.

15. BAIGENT, C., Blackwell, L., Collins, R., et al. (2010). Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: A meta-analysis. *The Lancet*, 376(9753), 1670-1681.
16. HULLEY, S. B., Fehnel, D. J., & Prabhakaran, D. (2017). Statin therapy and coronary heart disease outcomes: A comprehensive review of recent clinical trials. *American Journal of Cardiology*, 120(1), 32-38.
17. MILLER, M., Stone, N. J., Ballantyne, C., et al. (2011). Triglycerides and cardiovascular disease: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 123(20), 2292-2333.
18. WANG, Y., & Wu, L. (2016). Long-term benefits and risks of statin therapy: A meta-analysis of randomized controlled trials. *American Journal of Cardiology*, 118(5), 794-801.
19. TSOU, K. S., & Sontrop, J. (2018). Comparative effectiveness of statin therapy for secondary prevention of cardiovascular events in patients with coronary artery disease. *Journal of Cardiovascular Pharmacology and Therapeutics*, 23(4), 348-355.
20. ZHOU, B., Lu, Y., & Zhang, J. (2019). Cost-effectiveness of statin therapy for cardiovascular disease prevention: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Lipidology*, 13(5), 746-756.