
Influência da dislipidemia no surgimento e agravamento de cardiopatias em adultos na cidade de Barretos-SP

Influence of dyslipidemia in appearance and heart diseases of escalation in adults in Barretos-SP city

Laís Machado de Jesus¹, Tatiana Elias Colombo¹, Nirvana Silvia Rodrigues Camilo², Marcelo Adriano Ingraci Barboza¹

¹Curso de Biomedicina da Universidade Paulista, São José do Rio Preto-SP, Brasil; ²Hospital São Jorge e Ambulatório Médico de Especialidades de Barretos (AME), Barretos-SP, Brasil.

Resumo

Objetivo – Verificar a influência da dislipidemia no surgimento e agravamento de cardiopatias em adultos na cidade de Barretos-SP.

Métodos – Foi efetuado um estudo exploratório, através de pesquisa bibliográfica e levantamento de dados de prontuários do Ambulatório Médico de Especialidades de Barretos (AME) e Hospital São Jorge, ambos situados no município de Barretos, e retrospectivo, referentes ao período entre fevereiro de 2015 a agosto de 2015. **Resultados** – Foram analisados os dados de 86 pacientes, sendo 37 homens (43,02%) e 49 mulheres (56,97%). A faixa etária variou de 31 a 88 anos (média de 59,10 anos de idade). Dentre o total de pacientes, 19 (22,09%) apresentaram dislipidemia, 13 (15,11%) cardiopatia, 45 (52,32%) dislipidemia associada a cardiopatia e nove (10,46%) não apresentaram nenhuma alteração. **Conclusões** – Conforme os resultados obtidos no presente estudo, bem como o que foi descrito na literatura, confirmou-se que a dislipidemia pode ser avaliada como um significativo fator de risco para as cardiopatias, sendo capaz de influenciar o surgimento e o agravamento dessas patologias na população.

Descritores: Cardiopatias; Fatores de risco

Abstract

Objective – To investigate the effect of dyslipidemia in the emergence and worsening of heart disease in the population. **Methods** – We performed an exploratory study through literature search and data collection outpatient Barretos Medical Specialties (AME) and St. George Hospital, both located in the city of Barretos, and retrospective, covering the period from February 2015 to August 2015.

Results – We analyzed data from 86 patients, 37 men (43.02%) and 49 women (56.97%). The age range was 31-88 years (mean 59.10 years old). Among the total patients, 19 (22.09%) had dyslipidemia, 13 (15.11%) disease, 45 (52.32%) dyslipidemia associated with heart disease and nine (10.46%) showed no change. **Conclusion** – According to the results obtained in this study, as well as what was described in the literature, it was confirmed that dyslipidemia can be assessed as a significant risk factor for heart disease, being able to influence the emergence and worsening of these diseases in population.

Descriptors: Cardiac disorders; Risk factors

Introdução

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2008, dos 50 milhões de óbitos registrados nas últimas décadas, as doenças cardiovasculares foram responsáveis por 30% das causas. Através desses valores, verifica-se que há grande necessidade da identificação de etiologia, sintomas, fatores de risco, prevenção e tratamento das cardiopatias, e também a influência da dislipidemia para o aparecimento ou agravamento destas¹.

As cardiopatias, assim como as demais enfermidades, são determinadas pela multicausalidade, sendo a genética e o estilo de vida fatores importantes com relação a incidência destas doenças. Para o diagnóstico clínico compreende-se o diagnóstico etiológico, que constitui dados relevantes para a qualificação da doença, como idade do paciente e histórico familiar; diagnóstico anatômico, determinado pela observação de alterações estruturais do coração e dos vasos através de exames físicos e laboratoriais; diagnóstico fisiopatológico, que se fundamenta no exame físico e auxiliares; diagnóstico funcional, que apresenta como finalidade definir o estado do coração (comprometido, levemente comprometido, moderadamente comprometido e gravemente

comprometido) do indivíduo em função dos diagnósticos anteriores; e o prognóstico da cardiopatia, que depende da situação do paciente perante a influência do tratamento clínico ou cirúrgico, sendo classificado como prognóstico bom, bom após o tratamento, razoável após o tratamento e reservado apesar do tratamento².

A doença arterial coronariana (DAC), recorrente em regiões socialmente desenvolvidas, é um fator considerável no óbito de pessoas entre 35 e 64 anos de idade. O infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico e doença vascular periférica são manifestações clínicas da DAC, favorecidas pela formação de placas de ateroma nos vasos. Complicações mecânicas do infarto agudo do miocárdio, assim como outros meios, podem suscitar insuficiência cardíaca³.

O tratamento das cardiopatias pode ser clínico – com a utilização de medicamentos específicos, cirúrgico e pela diminuição ou abolição dos fatores que aumentam a probabilidade da ocorrência ou progresso das enfermidades em questão⁴.

Os fatores de risco para as doenças cardiovasculares são: consumo de bebidas alcoólicas, diabetes, estresse excessivo, hipertensão, histórico familiar, idade, obesidade, sedentarismo, tabagismo e dislipidemia⁵.

A dislipidemia é determinada pelas concentrações anormais de lipídios no sangue, geralmente relacionada com os hábitos alimentares e estilo de vida da população. É classificada como hipercolesterolemia isolada ($\geq 160\text{mg/dL}$), hipertrigliceridemia isolada ($\geq 150\text{mg/dL}$), hiperlipidemia mista ($\geq 160\text{mg/dL}$ e $\geq 150\text{mg/dL}$) e HDL-C baixo (homens $< 40\text{mg/dL}$ e mulheres $< 50\text{mg/dL}$). O consumo de alimentos ricos em gorduras saturadas é um fator significativo para o aumento dos níveis séricos dessas biomoléculas orgânicas, o que, consequentemente, eleva a incidência de doenças cardiovasculares e pode agravar o quadro clínico de cardiopatias⁶⁻⁷.

A mudança na qualidade de vida e a ingestão de alimentos funcionais, que segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária são aqueles que produzem funções nutricionais e efeitos metabólicos e/ou fisiológicos benéficos à saúde, são fundamentais para a diminuição e controle desse fator de risco⁶⁻¹¹.

Métodos

Posteriormente à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE 54456116.0.0000.5512) (Anexo 1) do Instituto de Ciências e Saúde – UNIP, foi efetuado um estudo exploratório, por meio de pesquisa bibliográfica e levantamento de dados do Ambulatório Médico de Especialidades de Barretos (AME) e Hospital São Jorge, ambos situados no município de Barretos, e retrospectivo, referente ao período entre fevereiro a agosto de 2015.

Tabela 1. Descrição clínica dos 86 pacientes do Ambulatório Médico de Especialidades de Barretos (AME) e Hospital São Jorge

Variável	Frequência	
	N	%
Gênero		
Masculino	37	43,02
Feminino	49	56,98
Dislipidemia	19	22,09
Cardiopatia	13	15,12
Dislipidemia associada a cardiopatia	45	52,33
Normais	9	10,47
Total de pacientes	86	100

Fonte: Dados da pesquisa (2016)

Tabela 2. Prevalência da dislipidemia quanto ao gênero dos pacientes

Variável	Frequência	
	N	%
Gênero masculino		
Normais	7	18,92
Dislipidêmicos	30	81,08
Gênero feminino		
Normais	15	30,62
Dislipidêmicos	34	69,38

Fonte: Dados da pesquisa (2016)

Os indicadores epidemiológicos analisados foram gênero e idade do paciente. Com relação aos indicadores de presença ou ausência de cardiopatia, presença ou ausência de dislipidemia, classificação da dislipidemia e associação de dislipidemia com cardiopatia e presença ou ausência de medicação, os resultados foram estratificados de acordo com os critérios de classificação fenotípica descritos na V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose¹².

Após levantamento dos dados, foi realizada uma análise estatística básica dos dados obtidos por meio do software *Microsoft Office Excel*.

Resultados

Foram analisados os dados de 86 pacientes entre fevereiro de 2015 a agosto de 2015, sendo 37 homens (43,02%) e 49 mulheres (56,98%). A faixa etária variou de 31 a 88 anos (média de 59,10 anos de idade). Dentre o total de pacientes, 19 (22,09%) apresentaram dislipidemia, 13 (15,12%) cardiopatia, 45 (52,33%) dislipidemia associada a cardiopatia e nove (10,47%) não apresentaram nenhuma alteração (Tabela 1).

O predomínio da dislipidemia ocorreu em pacientes com idade superior 50 anos, com a média de 56,50 anos.

Em relação ao gênero do paciente com acometimento de dislipidemia, dos 37 homens avaliados, 30 (81,08%) apresentaram dislipidemia. Já com relação as 49 mulheres, 34 (69,38%) obtiveram tal alteração. Dessa forma, podemos concluir a predominância quanto ao

Tabela 3. Descrição das dislipidemias identificadas nos pacientes, quanto às suas classificações fenotípicas

Variável	Frequência	
	N	%
Hipercolesterolemia isolada	4	6,25
Hipertrigliceridemia isolada	11	17,18
Hiperlipidemia mista	20	31,25
HDL-C baixo	4	6,25
Hipercolesterolemia associada ao HDL-C baixo	3	4,68
Hipertrigliceridemia associada ao HDL-C baixo	19	29,68
Hiperlipidemia mista associada ao HDL-C baixo	3	4,68
Total de pacientes dislipidêmicos	64	100

Fonte: Dados da pesquisa (2016)

Tabela 4. Descrição do uso do tratamento medicamentoso, dieta e ausência de medicação nos pacientes dislipidêmicos

Variável	Frequência	
	N	%
Medicados	33	51,56
Dieta	6	9,37
Nenhum tratamento	25	39,06
Total de pacientes dislipidêmicos	64	100

Fonte: Dados da pesquisa (2016)

gênero masculino, no que diz respeito a prevalência das dislipidemias (Tabela 2).

Dentre os 86 pacientes analisados, 20 (31,25%) apresentaram hiperlipidemia mista, 19 (29,68%) hipertrigliceridemia associada ao HDL-C baixo, 11 (17,18%) hipertrigliceridemia isolada, quatro (6,25%) hipercolesterolemia isolada, quatro (6,25%) HDL-C baixo e três (4,68%) hipercolesterolemia associada ao HDL-C baixo e três (4,68%) hiperlipidemia mista associada ao HDL-C baixo (Tabela 3).

Em relação ao tratamento medicamentoso, 33 pacientes (51,56%) dislipidêmicos estavam medicados, seis (9,37%) realizaram dieta e 25 (39,06%) não estavam sob tratamento (Tabela 4).

Discussão

O conhecimento dos fatores de risco e dos efeitos que estes podem causar na população é fundamental para garantir bons resultados na prevenção de doenças. Eles são classificados em modificáveis (podem ser prevenidos, tratados e revertidos) e não modificáveis (não podem ser tratados)¹³.

Em relação às cardiopatias, a dislipidemia é considerada um fator reversível, e é notável sua capacidade eminente de influenciar o desenvolvimento de eventos coronários em indivíduos que não apresentem essa patologia, ou de intensificá-los no caso dos doentes. Assim como na literatura, o presente trabalho constatou uma prevalência com relação às alterações lipídicas, evidenciando a relevância da prevenção primária para uma melhor qualidade de vida da população nas diversas regiões do mundo¹⁴⁻²⁰.

É interessante relatar que, assim como o estudo realizado por Pereira e colaboradores (2011)²¹, foi possível observar uma associação da dislipidemia com a idade dos pacientes, onde o predomínio foi em indivíduos com idade superior a 50 anos. Já com relação ao gênero do paciente, podemos observar uma prevalência quanto ao gênero masculino, assim como demonstrado na literatura^{14,16}, porém não encontramos justificativa para tal característica.

Os estudos realizados por Latifi (2016)¹⁹ e Fernandes (1997)²² mostram uma prevalência das dislipidemias em mulheres. Esse aumento da ocorrência no gênero feminino devido a diminuição, durante a menopausa, da concentração do hormônio sexual estrógeno, responsável pela diminuição dos níveis de LDL-C e aumento da síntese de HDL-C e também pela modulação dos fatores que podem desencadear a formação de placas de ateroma durante a fase pré-menopausa, realizando assim efeito contrário, conforme descrito por Dantas (2005)²³ e Phan e Toth (2014)²⁴.

A hiperlipidemia mista foi a forma mais comum de dislipidemia encontrada no presente trabalho, assim como apresentado por Machado-Alba e Machado Duque (2015)²⁵, seguida de hipertrigliceridemia associada ao HDL-C baixo, que em outro estudo foi a mais recorrente¹⁷. O aumento concomitante do LDL-C e TG normalmente se dá por uma alimentação rica em gorduras, podendo provocar manifestações clínicas de DAC pre-

viamente. No entanto, a elevação isolada do TG não é julgada como fator de risco independente para DAC, apenas quando estiver vinculada às variações do LDL-C e HDL-C²⁶.

Com relação ao tratamento da dislipidemia, pode ocorrer de duas formas, por medicação ou por adesão a dietoterapia²⁶. No presente estudo obtivemos uma maioria de indivíduos medicados e uma minoria de pacientes que fazem uso de uma alimentação balanceada para o controle dos distúrbios metabólicos, todavia os fármacos não substituem os benefícios da dietoterapia para uma vida mais saudável²⁶⁻²⁸.

Conclusão

Conforme os resultados obtidos no presente estudo, bem como o que foi descrito na literatura, a dislipidemia pode ser avaliada como um importante fator de risco para as cardiopatias, sendo capaz de influenciar o surgimento e o agravamento dessas patologias em adultos.

Considerando a idade e o gênero dos pacientes, verificou-se maior prevalência em indivíduos com faixa etária superior a 50 anos e do gênero masculino, respectivamente. Já com relação ao tipo de dislipidemia que adquiriu maior prevalência, encontramos a hiperlipidemia mista (31,25%), seguida pela hipertrigliceridemia isolada (29,68%).

Por fim, verificou-se que poucos pacientes são adeptos a dietoterapia, (9,37%), prática que, como já comprovada por outros autores, é capaz de intervir na redução dos riscos dessas patologias além de contribuir para uma melhor qualidade de vida da população.

Referências

1. Simão AF, I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. *Arq Bras Cardiol* 2013;101(6).
2. Lima DR, Luna RL, Andrade G de N. *Série farmacologia clínica e terapêutica: Cardiologia*. Rio de Janeiro: MEDSI, 1989.
3. Fogaça LT, Zamberlan AR, Tiggmann CL, Dias CP. Avaliação da razão cintura-quadril de indivíduos cardiopatas. *Rev Bras Cienc Saúde*. 2014;12(40).
4. Porto CC. *Doenças do coração: prevenção e tratamento*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.
5. Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo. Fatores de risco: No Brasil, 2015 (acesso 22 fev. 2016). Disponível em: http://www.socesp.org.br/prevencao_new/fatores-de-risco/#.VaaAlvIvkp.
6. Gus I. Prevenção da cardiopatia isquêmica. O investimento na saúde. *Arq Bras Cardiol*. 1998 (acesso 22 fev. 2016); 70:351-3. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X1998000500009&script=sci_art_text&lng=pt.
7. Consenso Brasileiro sobre Dislipidemias. Detecção Avaliação e Tratamento. Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq Bras Endocrinol*. 199;43(4).
8. Sauer P, Oliveira K S, Carvalho L, Ferraro JLS, Alves MK. Prevalência de dislipidemia em pacientes atendidos em uma clínica de Nutrição de Porto Alegre, entre os anos de 2000 a 2007. In: XI Salão de Iniciação Científica: 2010; Rio Grande do Sul, RS: PUC; 9 a 12 de agosto de 2010.

9. Coltro RS, Mizutani BM, Mutti A, Délia MPB, Martinelli LMB, Cogni AL, *et al.* Frequência de fatores de risco cardiovascular em voluntários participantes de evento de educação em saúde. *Rev Assoc Méd Bras.* 2009;55:606-10.
10. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR), Dislipidemia. *Boletim Saúde e Economia.* Brasília-DF: 2011.
11. Agência Nacional De Vigilância Sanitária (BR), Resolução RDC nº 19, de 30 de abril de 1999 – Aprova o Regulamento Técnico de procedimentos para registro de alimento com alegação de propriedades funcionais e ou de saúde em sua rotulagem. Brasília, 30 abril. 1999 (acesso 25 fev. 2016). Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/727a7f004745792d8641d63fbc4c6735/RESOLUCAO_19_1999.pdf?MOD=AJPERES.
12. Xavier HT, Izar MC, Faria Neto JR, Assad MH, Rocha VZ, Spósito AC, *et al.* V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. *Arq Bras Cardiol.* 2013; 101(4); Supl1.
13. Moriguchi EH. Novos fatores de risco na prática clínica. Hipertensão. 2002 (acesso 22 fev. 2016); 5:63-6. Disponível em: http://s.bh.org.br/re-vistas/2002_N2_V5/63a66.pdf.
14. Nunes Filho JR, Debastiani D, Nunes AD, Peres KG. Prevalência de Fatores de risco cardiovascular em adultos de Luzerna, Santa Catarina, 2006. *Arq Bras Cardiol.* 2007; 89:319-24.
15. Cardona Arias JA, Rivera Palomin Y, Llanes Agudelo OM. Prevalencia de Diabetes Mellitus y Dislipidemias en Indígenas del Resguardo Cañamomo-Lomapieta, Colombia. *Invest Andina.* 2012;14:414-26.
16. Luo JY, Ma YT, Yu ZX, Yang YN, Xie X, Ma X, *et al.* Prevalence, awareness, treatment and control of dyslipidemia among adults in northwestern China: the cardiovascular risk survey. *Lipids Health Dis.* 2014;13:4.
17. Qi L, Ding X, Tang W, Li Q, Mao D, Wang Y. Prevalence and Risk Factors Associated with Dyslipidemia in Chongqing, China. *Int J Environ Res Public Health.* 2015;12(10):13455-65.
18. Cabalé Vilariño MB, Meneau X, Núñez M, Miguélez R, Ferrer M, Rodríguez Nande L. Incidencia de las dislipidemias y su relación con la cardiopatía isquémica en la población del Policlínico “Héroes del Moncada”. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2005;21 (5-6).
19. Latifi SM, Moradi L, Shahbazian H, Aleali AM. A study of the prevalence of dyslipidemia among the adult population of Ahvaz, Iran. *Diabetes Metab Syndr.* 2016;10(4):190-3.
20. Feliciano-Alfonso JE, Mendivil CO, Ariza IDS, Pérez CE. Cardiovascular risk factors and metabolic syndrome in a population of young students from the National University of Colombia. *Rev Assoc Méd Bras.* 2010;56:293-8.
21. Pereira LP, Sichieri R, Segri NJ, Silva RMVG, Ferreira MG. Dislipidemia autorreferida na região Centro-Oeste do Brasil: prevalência e fatores associados. *Ciênc & Saúde Coletiva.* 2015; 20:1815-24.
22. Fernandes RA, Christófaró DGD, Casonatto J, Codogno JS, Rodrigues E, Cardoso ML, *et al.* Prevalência de dislipidemia em indivíduos fisicamente ativos durante a infância, adolescência e idade adulta. *Arq Bras Cardiol.* 2011;97:317-23.
23. Dantas APV. Ações cardiovasculares dos hormônios sexuais femininos. *Hipertensão.* 2005;8:86-90.
24. Phan BA, Toth PP. Dyslipidemia in women: etiology and management. *Int J Women's Health.* 2014; 6:185-94.
25. Machado-Alba JE, Machado-Duque ME. (Cardiovascular risk factors prevalence among patients with dyslipidemia in Colombia). *Rev Peru Med Exp y Salud Publica.* 2013;30(2):205-11.
26. Santos JE, Guimarães AC, Diament J. Consenso Brasileiro Sobre Dislipidemias Detecção, Avaliação e Tratamento. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 1999; 43:287-305.
27. Bejarano, E G J M L, Royo-Bordonada M A, Ezquerria E A, Armario P, Brotons Cuixart C, Camafort Babkowski M, *et al.* Spanish Interdisciplinary Committee for Cardiovascular Disease Prevention and the Spanish Society of Cardiology Position Statement n Dyslipidemia. *Rev Esp Salud Pública.* 2015;89:15-26.
28. Lottenberg AMP. Importância da gordura alimentar na prevenção e no controle de distúrbios metabólicos e da doença cardiovascular. *Arq Bras Endocrinol & Metab.* 2009;53:595-607.

Endereço para correspondência:

Tatiana Elias Colombo
 Av. Juscelino K. de Oliveira, s/nº – Jd. Tarraf II
 São José do Rio Preto-SP, CEP 15093-340
 Brasil

E-mail: taty_ec@hotmail.com

Recebido em 9 de março de 2016
 Aceito em 25 de setembro de 2017