Risco cardiovascular no paciente diabético

Prof Dr. Hermes Toros Xavier; Prof. Dr. Alexandre Galvão da Silva

Autor para correspondência: hermes.xavier@unisanta.br

Diabetes mellitus (DM) é um fator de risco independente para a doença CV. Diabéticos apresentam risco 2 vezes maior de desenvolver a aterosclerose e suas manifestações – doença arterial coronária, cerebrovascular e obstrutiva periférica. A prevalência dessas afecções em populações de diabéticos, homens e mulheres, especialmente, na faixa etária entre 55 e 65 anos, demanda uma atenção especial no controle mais abrangente de cada um os fatores de risco, individualmente, presentes[1].

Obesidade, sedentarismo, dislipidemia e hipertensão arterial são mais comuns nos diabéticos do que na população geral. A intensidade e a multiplicidade dos fatores de risco, se expressa, no DM, pela progressão mais extensa da doença aterosclerótica CV, maior gravidade e ocorrência de eventos mais precoce[2].

O risco CV no paciente diabético deve ser considerado como de etiologia multifatorial, no qual contribuem a hiperglicemia, a resistência à insulina ou hiperinsulinemia, a dislipidemia, a inflamação sistêmica e vascular, o estresse oxidativo e a calcificação vascular. Dessa forma, as intervenções terapêuticas no DM devem ultrapassar o controle glicêmico e abranger, necessariamente, a redução do risco CV global, sempre à luz das melhores evidencias científicas disponíveis[3].

Uma abordagem multifatorial é de fato a estratégia mais adequada para a redução do risco CV no paciente diabético. Para tal, metas terapêuticas baseadas em evidencias de estudos clínicos randomizados, são preferenciais na orientação do tratamento e indispensáveis para garantir os benefícios.

O tratamento visando melhorar o prognóstico CV nos pacientes diabéticos deverá contemplar uma gama de intervenções, que se iniciam com recomendações de correção do estilo de vida, com dieta orientada e atividade física regular, se possível supervisionada, e abandono do tabagismo. Ainda nesse quesito, perda de peso, se necessário com uso de medicamentos, é fundamental.

O controle glicêmico otimizado, objetivando uma HbA1c <6,5%, passa pela indicação universal da metformina, seguida da combinação de outras classes de fármacos, com especial atenção aos inibidores de SGLT2 e os agonistas do receptor de GLP-1, os quais demonstraram benefícios na

redução da mortalidade e de eventos CV em pacientes diabéticos de alto e muito alto risco[4].

O controle pressórico, objetivando valores máximos de PA sistólica de 130-140 mmHg, tem como base a modulação do sistema renina-angiotensina, com o uso de inibidores da ECA e dos bloqueadores dos receptores AT1, porém bloqueadores dos canais de cálcio e betabloqueadores, são opções para o tratamento[5].

O tratamento das dislipidemias, notadamente, visando as metas de LDL: para diabéticos de baixo risco e risco intermediário, <100 mg/dL; para diabéticos de alto risco, <70 mg/dL; e para diabéticos de muito alto risco, <50 mg/dL; é tarefa delegada às estatinas, preferencialmente, àquelas de alta intensidade, mais eficazes, que podem ser associadas, quando a meta não é alcançada com doses máximas toleradas, à ezetimiba e aos inibidores da PCSK9. O uso de fibratos, em associação com estatinas, se reserva aos pacientes que persistem com níveis elevados de triglicérides, mesmo com níveis glicêmicos adequadamente controlados[6].

Uma intervenção multifatorial no tratamento do DM, aliada a correções no estilo de vida, pode influenciar positivamente a redução dos principais desfechos clínicos em pacientes diabéticos. Estudos clínicos de longo seguimento, como o STENO-2, têm demonstrado que essa forma de abordagem permite aumentar a expectativa de vida dos diabéticos em até 7,9 anos[7].

Esse novo paradigma de tratamento do DM consiste na escolha do fármaco de acordo com as características do paciente, onde a doença CV é o determinante principal. Apesar do controle glicêmico ser fundamental nestes indivíduos, a melhor estratégia para reduzir o risco CV do diabético é a multifatorial. Assim, é necessário manter-se o foco na literatura, onde robustas evidencias de benefícios adicionais dos novos fármacos e seus mecanismos de ação, estão sendo demonstradas.

Se por um lado o DM se apresenta como uma das patologias mais prevalentes do século XXI, a doença CV continua a ser a principal causa de mortalidade, sobretudo nos diabéticos.

Referências bibliográficas:

1. Fan W. Epidemiology in diabetes mellitus and cardiovascular disease. Cardiovasc Endocrinol. 2017;6:8-16.

2. Defronzo RA. Banting Lecture. From the triumvirate to the ominous octet: a new paradigm for the treatment of type 2 diabetes mellitus. Diabetes. 2009;58:773-95.

3. Strain WD, Smith C. Cardiovascular outcome studies in diabetes: how do we make sense of these new data? Diabetes Ther. 2016;7:175-85.

4. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes - 2017. Diabetes Care. 2017;40:S1-135.
5. Fox CS et al. Update on prevention of cardiovascular disease in adults with type 2 diabetes mellitus in light of recent evidence: a scientific statement from the American Heart Association and the American Diabetes Association. Diabetes Care. 2015;38:1777-803.
6. Faludi AA et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017. Arq Bras Cardiol 2017; 109(1Supl.2):1-76.
7. Gaede P et al. Years of life gained by multifactorial intervention in patients with type 2 diabetes mellitus and microalbuminuria: 21 years follow-up on the Steno-2 randomised trial. Diabetologia. 2016;59: 2298-307.