

## Terapia Nutricional nas Dislipidemias

*Autoria: Sociedade Brasileira de Nutrição  
Parenteral e Enteral  
Sociedade Brasileira de Cardiologia  
Colégio Brasileiro de Cirurgiões  
Sociedade Brasileira de Clínica Médica  
Associação Brasileira de Nutrologia*

---

**Elaboração Final:** 28 de junho de 2010

**Participantes:** Celano RMG, Loss SH, Nogueira RJN

---

---

*O Projeto Diretrizes, iniciativa conjunta da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, tem por objetivo conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico. As informações contidas neste projeto devem ser submetidas à avaliação e à crítica do médico, responsável pela conduta a ser seguida, frente à realidade e ao estado clínico de cada paciente.*

## **DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIA:**

Foram revisados artigos nas bases de dados do MEDLINE (PubMed) e outras fontes de pesquisa, como busca manual, sem limite de tempo. A estratégia de busca utilizada baseou-se em perguntas estruturadas na forma P.I.C.O. (das iniciais “Paciente”, “Intervenção”, “Controle”, “*Outcome*”). Foram utilizados como descritores (*MeSH Terms*): *nutritional support, cholesterol levels, serum lipids, lipoproteins, dyslipidemia, nutritional status, cardiovascular disease*.

## **GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:**

- A:** Estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência.
- B:** Estudos experimentais ou observacionais de menor consistência.
- C:** Relatos de casos (estudos não controlados).
- D:** Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

## **OBJETIVO:**

Esta diretriz tem por finalidade proporcionar aos médicos generalistas e especialistas uma visão geral sobre a abordagem nutricional no paciente portador de dislipidemia, com base na evidência científica disponível. O tratamento do paciente deve ser individualizado de acordo com suas condições clínicas e com a realidade e experiência de cada profissional.

## **CONFLITO DE INTERESSE:**

Nenhum conflito de interesse declarado.

## INTRODUÇÃO

Desordens do metabolismo das lipoproteínas em conjunto com dietas ricas em gordura, obesidade e sedentarismo têm resultado em crescente incidência e prevalência de doença aterosclerótica em adultos moradores de países desenvolvidos ou em desenvolvimento, em especial a doença coronariana aterosclerótica. Há sólida evidência de que altas concentrações séricas de colesterol predisõem a doença arterial coronariana, bem como que a sua redução diminui a incidência. O termo dislipidemia, ao invés de hiperlipemia, é atualmente empregado em função de que a redução e não o aumento da fração HDL-colesterol (colesterol ligado à lipoproteína de alta intensidade) é o que determina ou facilita o estabelecimento de aterosclerose. A dislipidemia define várias situações, como elevação isolada de LDL-colesterol (colesterol ligado à lipoproteína de baixa densidade), elevação elevada de triglicérides séricos, redução isolada de HDL-colesterol ou combinações entre estes<sup>1(A)2(D)</sup>.

### 1. DISLIPIDEMIA INFLUENCIA O ESTADO NUTRICIONAL E O METABOLISMO?

A dislipidemia não é causadora de alterações do estado nutricional, nem determina alterações no nível de metabolismo. Na verdade, as alterações alimentares ou outras comorbidades que determinam obesidade, síndrome metabólica ou diabetes melito se associam com anormalidades das lipoproteínas. Estas alterações em conjunto determinam as condições para a ocorrência de doença coronariana ou cerebrovascular<sup>2,3(D)</sup>.

#### Recomendação

Dislipidemia não altera o estado nutricional e o metabolismo.

### 2. O ESTADO NUTRICIONAL INFLUENCIA A DISLIPIDEMIA?

O estado nutricional influencia as concentrações de lipoproteínas e triglicérides no sangue. A obesidade se associa a alterações das lipoproteínas de maneira semelhante ao diabetes melito tipo 2, ou seja, há aumento de triglicérides, redução de HDL-colesterol e aumento de LDL-colesterol (particularmente com importante contribuição de partículas pequenas e densas). O paciente com desnutrição apresenta influência da doença de base que a gera.

Pacientes desnutridos portadores de insuficiência renal crônica apresentam níveis de lipoproteínas anormalmente elevados, diferente dos pacientes privados de alimentos não portadores de doença crônica. Estes últimos apresentam redução da biossíntese de lipídios, com conseqüente diminuição nos níveis de lipoproteínas. Nos pacientes desnutridos portadores de insuficiência cardíaca congestiva, o baixo colesterol se associa com pior prognóstico<sup>4,5</sup>(C)<sup>3,6,7</sup>(D).

## Recomendação

Dislipidemia é influenciada pelo estado nutricional. Doenças crônicas associadas à desnutrição alteram os níveis séricos de lipoproteínas.

### 3. QUAIS SÃO OS OBJETIVOS DA TERAPIA NUTRICIONAL NAS DISLIPIDEMIAS?

A terapia nutricional, compreendida aqui como adequação da ingestão, compõe um dos alicerces do tratamento não medicamentoso desta doença. O objetivo em termos individuais com baixo risco cardiovascular (em 10 anos < 10%) tem como meta preventiva LDL-coleste-

rol < 160 mg/dL, triglicérides < 150 mg/dL e HDL-colesterol  $\geq$  40 mg/dL, nos homens, e  $\geq$  50 mg/dL, nas mulheres. Na presença de risco intermediário (10 a 20% em 10 anos), a meta preventiva é LDL-colesterol < 130 mg/dL e triglicérides < 150 mg/dL. Quando o risco for alto (> 20%), a meta preventiva é LDL-colesterol < 100 mg/dL e triglicérides < 150 mg/dL. Na presença de diabetes mellitus ou aterosclerose significativa, a meta preventiva passa a ser para LDL-colesterol < 70 mg/dL e HDL-colesterol > 50 mg/dL<sup>8,9</sup>(D).

## Recomendação

A terapia nutricional visa à redução dos níveis de LDL-colesterol e triglicérides e/ou aumento do HDL-colesterol, valores estipulados de acordo com risco cardiovascular do paciente.

### 4. QUANDO A TERAPIA NUTRICIONAL ESTÁ INDICADA NAS DISLIPIDEMIAS?

A Tabela 1 apresenta as recomendações da terapia nutricional para pacientes dislipidêmicos<sup>10</sup>(B)<sup>8,9,11</sup>(D).

Tabela 1

#### Recomendação nutricional para pacientes dislipidêmicos

Nutrientes	Ingestão recomendada
Gordura total	20-35% das calorias totais
Ácidos graxos saturados	$\leq$ 7% das calorias totais
Ácidos graxos poli-insaturados	$\leq$ 10% das calorias totais
Ácidos graxos monoinsaturados	$\leq$ 20% das calorias totais
Carboidratos	50-60% das calorias totais
Proteínas	15% das calorias totais
Colesterol	$\leq$ 200 mg por dia
Fibras	20-30 g por dia
Calorias	Ajustado ao peso desejável

## Recomendação

Terapia nutricional está sempre indicada nas dislipidemias.

## 5. HÁ CONTRAINDICAÇÕES À TERAPIA NUTRICIONAL EM PACIENTES DISLIPIDÊMICOS?

Cuidado deve ser dirigido ao paciente portador de insuficiência cardíaca, com leve a moderada desnutrição associada a baixo colesterol total, e portadores de doença renal avançada associada a dislipidemia e desnutrição. Nestes cenários, a terapia nutricional deve corrigir o estado nutricional, sem piorar a anormalidade das lipoproteínas<sup>4</sup>(C)<sup>2,7</sup>(D).

## Recomendação

Não há contraindicação formal para terapia nutricional em pacientes dislipidêmicos.

## 6. QUANDO A TERAPIA NUTRICIONAL DEVE SER INTERROMPIDA?

As diferentes dislipidemias ocorrem como somatória dos excessos alimentares, da má qualidade dos ingredientes determinantes do cardápio e de anormalidades genéticas. Quanto maior o tempo da utilização de determinada terapia nutricional, mais importante é o desfecho atingido. Assim que a correção terapêutica instituída, seja ela dietética ou farmacológica, for suspensa, o quadro de dislipidemia recidiva. Portanto, o tratamento nutricional é permanente<sup>2,11</sup>(D).

## Recomendação

A terapia nutricional não deve ser interrompida nas dislipidemias.

## REFERÊNCIAS

1. Sacks FM, Pfeffer MA, Moye LA, Rouleau JL, Rutherford JD, Cole TG, et al. The effect of pravastatin on coronary events after myocardial infarction in patients with average cholesterol levels. Cholesterol and Recurrent Events Trial investigators. *N Engl J Med* 1996;335:1001-9.
2. Grundy SM. Nutrition in the management of disorders of serum lipids and lipoproteins. In: Shils ME, Shike M, Ross AC, Caballero B, Cousins RJ, eds. *Modern nutrition in health and disease*. 10ª ed. Baltimore: Lippincot Williams & Wilkins; 2005. p.1076-94.
3. Franssen R, Monajemi H, Stroes ES, Kastelein JJ. Obesity and dyslipidemia. *Endocrinol Metab Clin North Am* 2008;37:623-33.
4. Araújo JP, Friões F, Azevedo A, Lourenço P, Rocha-Gonçalves F, Ferreira A, et al. Cholesterol: a marker of nutritional status in mild to moderate heart failure. *Int J Cardiol* 2008;129:65-8.
5. Akuyam A, Isah HS, Ogala WN. Serum lipid profile in malnourished Nigerian children in Zaria. *Niger Postgrad Med J* 2008;15:192-6.
6. Baigent C, Burbury K, Wheeler D. Premature cardiovascular disease in chronic renal failure. *Lancet* 2000;356:147-52.
7. Diepeveen SH, Wetzels JF, Bilo HJ, van Tits LJ, Stalenhoef AF. Cholesterol in end-stage renal disease: the good, the bad or the ugly? *Neth J Med* 2008;66:53-61.
8. Sposito AC, Caramelli B, Fonseca FA, Bertolami MC, Afiune Neto A, Souza AD, et al. IV Diretriz brasileira sobre dislipidemias e prevenção da aterosclerose - Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq Bras Cardiol* 2007;88(suppl 1):2-19.
9. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA* 2001;285:2486-97.
10. Lalonde L, Gray-Donald K, Lowensteyn I, Marchand S, Dorais M, Michaels G, et al. Comparing the benefits of diet and exercise in the treatment of dyslipidemia. *Prev Med* 2002;35:16-24.
11. National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) final report. *Circulation* 2002;106:3143-421.