

AVALIAÇÃO DA DISLIPIDEMIA EM PACIENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

MARINA SOUSA PINHEIRO MOTA
ALUÍSIO DE MOURA FERREIRA
MARIA DE FÁTIMA RAMOS DE QUEIROZ
MARIA DO SOCORRO RAMOS DE QUEIROZ
DANIELE IDALINO JANEIRO
Universidade Estadual da Paraíba e
Faculdade Maurício de Nassau,
Campina Grande, Paraíba, Brasil.
dijaneiro@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da capacidade desse hormônio exercer adequadamente seus efeitos. É caracterizada por hiperglicemia crônica, freqüentemente acompanhada de dislipidemia, hipertensão arterial e disfunção endotelial (SBD, 2006).

As consequências do DM em longo prazo decorrem de alterações micro e macrovasculares que levam a disfunção, dano ou falência dos órgãos. As complicações crônicas incluem a nefropatia, com possível evolução para insuficiência renal, retinopatia, com a possibilidade de cegueira e/ou neuropatia, com risco de úlceras nos pés, amputações, artropatia de Charcot e manifestações de disfunção autonômica, incluindo disfunção sexual (BRASIL, 2006; SBD, 2006).

Os sintomas decorrentes da hiperglicemia incluem perda inexplicada de peso, poliúria, polidipsia e infecções. Mesmo em indivíduos assintomáticos poderá haver hiperglicemia discreta, porém em grau suficiente para causar alterações funcionais ou morfológicas por um longo período antes que o diagnóstico seja estabelecido (BRASIL, 2006).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Associação Americana de Diabetes (ADA) o DM é classificado em três classes clínicas: DM tipo 1, DM tipo 2 e DM gestacional, sendo a segunda presente em 90%-95% dos casos e caracteriza-se por defeitos na ação e na secreção de insulina (SBD, 2006).

O número de indivíduos diabéticos está aumentando devido ao crescimento e ao envelhecimento populacional, à maior urbanização, à crescente prevalência da obesidade e do sedentarismo, bem como à maior sobrevida do paciente com DM (BARCELÓ et al., 2003). A incidência do DM tipo 2 é difícil de ser determinada em grandes populações, pois envolve seguimentos durante alguns anos, com medições periódicas de glicemia (ONKAMO et al., 1999).

Segundo o Ministério da Saúde (MS), o DM acomete 10% da população mundial e estima-se que exista 8 milhões de portadores desta Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) no Brasil (SBD, 2006).

A dislipidemia é um dos principais fatores de risco para Doença Cardiovascular (DCV) em pacientes diabéticos, cuja influência é maior que os demais. As alterações lipídicas mais freqüentes nessa população correspondem a hipertrigliceridemia (aumento nos níveis de triglicerídeos), HDL-colesterol (HDL-c) baixo e alterações qualitativas nas lipoproteínas, tais como a formação de partículas de LDL-colesterol (LDL-c) pequenas e densas (LEHTO et al., 1997).

A doença aterosclerótica corresponde a Doença Arterial Coronariana (DAC), Doença Vascular Periférica (DVP) e Acidente Vascular Cerebral (AVC), é responsável por 75% das mortes de indivíduos e é influenciada por dislipidemia (SBD, 2006).

Tendo conhecimento de que a hiperglicemia na patogênese da doença macrovascular em pacientes de DM tipo 2, associada à dislipidemia aumenta consideravelmente a probabilidade de DCV, é necessário identificar os portadores deste fator de risco e avaliar se os

mesmos já apresentam riscos cardiovasculares para que possam ser desenvolvidos trabalhos futuros de orientações a respeito de práticas de hábitos que contribuirão para uma longevidade mais saudável e feliz.

METODOLOGIA

A amostra correspondeu a portadores de DM tipo 2 que participam do Programa de Atenção Farmacêutica (PROATENFAR) desenvolvido pela Universidade Estadual da Paraíba em parceria com a Prefeitura Municipal de Campina Grande, Brasil.

Tratou-se de um estudo do tipo descritivo e longitudinal, aprovado pelo Comitê de ética e Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba através do parecer nº 0294.0.133.000-07, desenvolvido no período de agosto a dezembro de 2007.

A primeira etapa correspondeu a uma entrevista onde foram observados dados pessoais, peso, altura, pressão arterial, cintura abdominal, uso de medicamentos, prática de atividade física, entre outros. A segunda etapa foi à coleta dos dados das determinações bioquímicas glicemia, Triglicerídeos (TG), colesterol total e frações (LDL-c e HDL-c) contidas nos livros de registro do PROATENFAR, cuja avaliação seguiu os valores preconizados pela IV Diretriz Brasileira sobre dislipidemias e prevenção da aterosclerose (SBC, 2006).

Todos os resultados obtidos serão submetidos à análise estatística através do software EPIINFO 2003, versão 3.4.1, sendo posteriormente apresentados em gráficos.

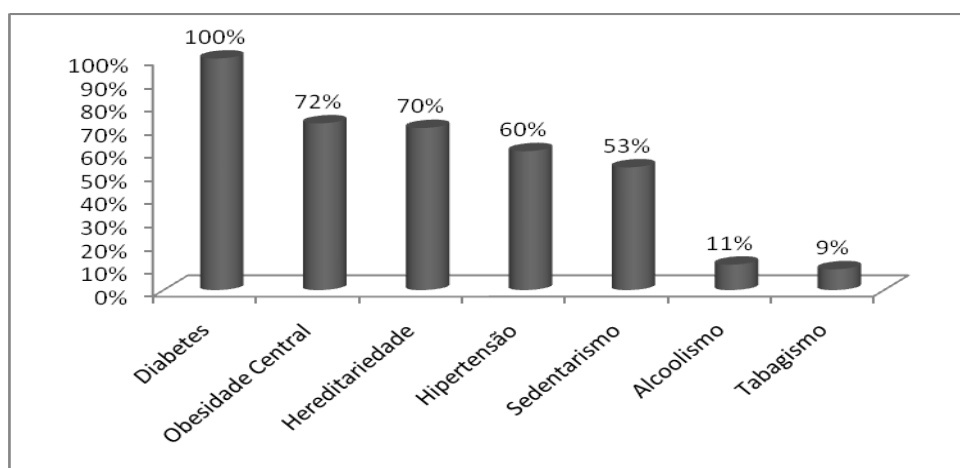
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram acompanhados 57 portadores de DM tipo 2, sendo a maioria do gênero feminino (63,2%) e 81% da amostra eram dislipidêmicos.

A presença das mulheres não correspondeu à prevalência de dislipidemias e sim a sua maior frequência aos serviços de saúde. Segundo Lessa et al., (1997) a demanda pela assistência médica no Brasil é sempre maior para o gênero feminino, sendo possível que as mulheres tenham uma maior oportunidade de diagnóstico de dislipidemia do que os homens.

O padrão dislipidêmico presente nos indivíduos diabéticos é parte de um estudo de insulino-resistência. Portadores de DM tipo 2 apresentam frequentemente dislipidemia na fase prévia de Diminuição de Tolerância a Glicose (DTG). Esta dismetabolia cursa concomitantemente com outras alterações que no seu conjunto constituem a Síndrome Metabólica (SM) (TORRE, 2005).

Os fatores de risco para dislipidemias mais prevalentes foram DM, OC e Hereditariedade (FIGURA 1).



Segundo C **FIGURA 1:** Fatores de risco para dislipidemias apresentados pelos dislipidemia senc participantes, demonstrando um fator de risco cardiovascular independente.

A OC é considerado o mais relevante para o diagnóstico dos indivíduos com elevação do risco à saúde do que a obesidade geral, pois o excesso de adiposidade central se associa fortemente ao desenvolvimento de distúrbios cardiovasculares e metabólicos. Sobrepeso e obesidade mostram uma relação epidemiológica significativa com dislipidemia e DM, provavelmente expressando uma complexa condição que envolve o metabolismo dos carboidratos e das gorduras (GUIMARÃES, 2002).

A hereditariedade segundo Ortiz e Zanetti (2003) é considerada um fator não-modificável, tanto para HAS quanto para DM.

Souza et al., (2003) explicaram que a hipertensão é a maior determinante da ocorrência de eventos cardiovasculares em pacientes com DM2, sendo duas vezes mais prevalente entre os indivíduos diabéticos e sua presença aumenta a ocorrência de complicações micro e macrovasculares.

Quanto aos tipos de dislipidemias a maioria dos pacientes apresentou hipercolesterolemia associada a hipertrigliceridemia (FIGURA 2).

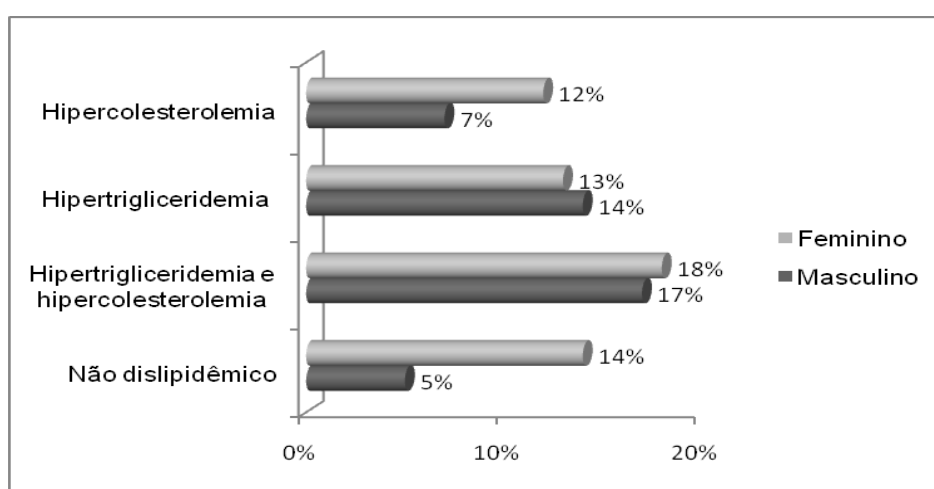


FIGURA 2: Tipo de dislipidemias apresentados por gênero.

As prevalências de dislipidemias são geograficamente variáveis, dependendo dos hábitos dietéticos, culturais ou adquiridos e do estilo de vida das diferentes populações. A frequência de hipercolesterolemia isolada é igual à da população em geral, porém seu impacto como fator de risco cardiovascular chega a ser duas vezes mais na pessoa com DM (CHZARINI et al., 2002).

Pacientes com hipertrigliceridemia apresentam quadro complexo de alterações metabólicas que devem ser considerados quando é feito o controle lipídico, dentre eles podemos destacar: intolerância à glicose, resistência à insulina, obesidade, consumo de álcool (moderado ou intenso), alimentação rica em carboidratos e uso de medicações como corticóides, estrogênios, inibidores da protease e betabloqueadores (XAVIER, 2005).

Quando indivíduos hipertensos e diabéticos apresentam também dislipidemias associados à formação de ateromas o risco para DCV é ainda maior, uma vez que possuem três dos fatores de risco para essas doenças, que no Brasil corresponde a uma das principais causas de morte por diabetes (MAGALHÃES, 2004).

O HDL-c esteve alterado em 41% dos homens e em 55% das mulheres (Figura 3).

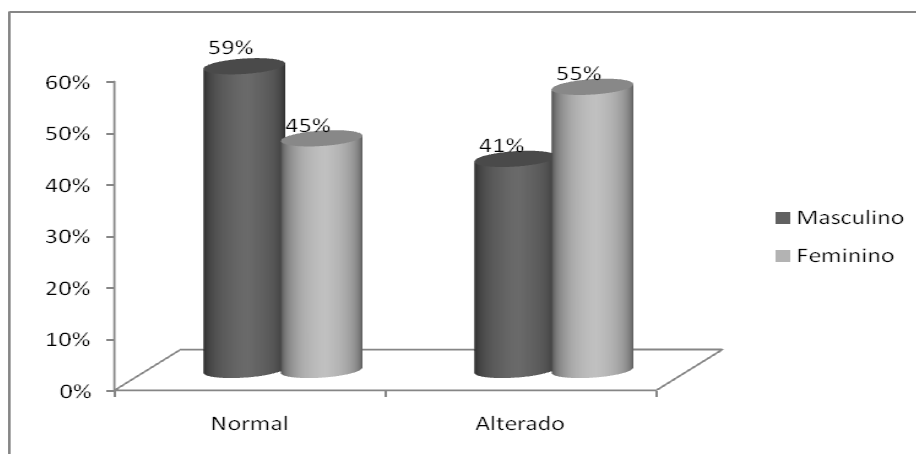


FIGURA 3: Avaliação do HDL-c por gênero.

Diante dos dados obtidos, verificou-se que os pacientes apresentaram maior risco para as DCV, e isto acontece por demonstrarem redução nos níveis de HDL-c. Para Lima et al., (2007) existe uma correlação entre os níveis plasmáticos de HDL-c e as DCV e este tipo de dislipidemia é mais comum em mulheres.

CONCLUSÃO

Na amostra estudada observou-se a presença de vários fatores de risco para dislipidemias. É preciso incentivar cada vez mais para que os pacientes intensifiquem a prática de atividade física e realizem uma dieta saudável, porque todos estes fatores predispõem as DCVs, pois elas possuem relação direta com o envelhecimento populacional progressivo decorrente do atual estágio da transição demográfica e epidemiológica da população.

REFERÊNCIAS

BARCELÓ, A.; AEDO, C. RAJPATHAK, S.; RUBLES, S. The cost of diabetes in Latin America and the Caribien. **Bull World Health Organ.** n. 1, v. 81, p. 19-27, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diabetes Mellitus: Caderno de Atenção Básica.** Brasília: MS. n.16, 64p, 2006.

CHZARINI, R. P.; ZANETTI, M. L.; RIBEIRO, K. P.; PACE, A. E.; FOSS, M. C. Adesão a um grupo educativo de pessoas portadoras de Diabetes Mellitus: porcentagem e causas. **Revista de Medicina.** v. 35, p.142 – 150, abr/ jun/2002.

GUIMARÃES, A. C. Fatores de risco: sobrepeso, obesidade e dislipidemia. **Revista de Hipertensão.** v. 5, n.1, p. 23- 25, 2002.

LEHTOS, S.; RÖNNEMAA, T.; HAFFNER, S. M.; PYÖRÄLÄ, K.; KALLIO, V.; LAAKSO, M. Dyslipidemia and hyperglycemia predict coronary heart disease events in middle-aged patients with N/ DDM. **Diabetes.** n. 46, p. 1354-1359, 1997.

LESSA, I.; CONCEIÇÃO, J. L.; SOUSA, M. L. S.; OLIVEIRA, V.; CARNEIRO, J.; MELO, J.; PINHEIRO, J.; MEIRELES, F.; REIS, F.; GOUVÊA, R.; COUTO, M.; SOUZA, S.; OLIVEIRA, M. R. Prevalência de dislipidemias e adultos da demanda laboratorial de Salvador, Brasil. **Arq Bras de Cardiologia.** v. 69, n. 6, p. 395 – 400, 1997.

LIMA, L. M.; CARVALHO, M. das G.; SOARES, A. L.; LASMAR, M. C.; NOVELLI, B. A.; SOUSA, M. O. Correlação entre os níveis plasmáticos de apolipoproteínas A-I e B e o perfil

lipídico em indivíduos com e sem diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial. *J. Bras. Patol. Med. Lab.* v. 41. N. 6 Rio de Janeiro, 2005.

MAGALHÃES, M. E. C. Novas perspectivas no tratamento das dislipidemias. *Revista Socerj.* v. 17, n. 2, p. 105 – 111, abr/jun, 2004.

ONKAMO, P.; VÄÄNÄNEN, S.; KARVONEN, M.; TUOMILEHTO, J. Worldwide increase in incidence of type 1 diabetes: the analysis of data on published incidence trends. *Diabetologia.* n. 12, v. 42, p. 1395-1403, 1999.

ORTIZ, M. C. A.; ZANETTI, M. L. Diabetes mellitus: fatores de risco em uma instituição de ensino da área da saúde. *Rev Lat Am Enfermagem, Ribeirão Preto*, v. 8, n. 6, p. 128-132, dezembro 2003.

SBC, Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo: Elsevier, 2006. 48p.

SBD, Sociedade Brasileira de Diabetes. **Tratamento e acompanhamento do Diabetes Mellitus: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes.** Rio de Janeiro: Diagraphic, 2006, 152 p.

SOUZA, L. J. de.; GICOVATE NETO, C.; CHALITA, F. E. B.; REIS, A. F. F.; BASTO, D. A.; SOUTO FILHO, J. T. D.; SOUZA, T. F. de.; CÔRTEZ, V. A. Prevalência de obesidade e fatores de risco cardiovascular em Campos, Rio de Janeiro. *Arq Bras Endocrinol Metab.* n. 6, v.47, p. 669-676, Dez, 2003.

TORRE, J. B. da. Como abordar a dislipidemia da pessoa com diabetes tipo 2. *Revista Port. Clin Geral.* v. 21, 2005, p. 606 – 616.

XAVIER, H. T. Associação de medicamentos: estatinas e fibratos. *Arq Bras de Cardiologia.* v. 85, Supl. V, p. 34 – 35, outubro, 2005.

MARIA DO SOCORRO RAMOS DE QUEIROZ

queirozsocorroramos@yahoo.com.br

Endereço: José de Alencar, 286

Bairro: Prata

CEP: 58400-500

Campina Grande-PB

Telefone: 08333212852