



10 PONTOS
CHAVE SOBRE
ROSUVA STATINA

COLESTEROL

Níveis elevados de LDL-colesterol (LDL-C) estão associados a aumento do risco de eventos cardiovasculares (CV). A diminuição dos níveis de LDL-C reduz o risco de eventos e complicações CV.⁹

As evidências mostram que quanto menores forem os níveis de LDL-C, menor será o risco CV, e a redução do LDL para níveis muito baixos não parece associar-se a aumento de eventos adversos.⁹

Atualmente, tem sido dada atenção também aos níveis do colesterol não-HDL. Trata-se de uma estimativa do número total de partículas aterogênicas no plasma, que é calculado da seguinte forma: Colesterol total – HDL-colesterol^{1,10}.

O tratamento da dislipidemia inclui a abordagem não farmacológica, que consiste na mudança do estilo de vida, e a terapia farmacológica, feita principalmente com estatinas.¹⁰

MUDANÇA DO ESTILO DE VIDA

- Attingir e manter o peso ideal (< 25 kg/m²)
- Atividade física aeróbica (caminhar, andar de bicicleta, nadar, etc.)
- Por 30 a 60 minutos / 5 a 7 dias por semana
- Dieta:

SUBSTITUIÇÃO DE ALIMENTOS

Substituir	Por
Frituras	Grelhado / cozido / assado
Óleo de soja	Azeite ou óleo de canola
Leite ou iogurte integral	Leite ou iogurte desnatado
Margarina / manteiga	Geleias / requeijão
Queijos amarelos	Queijo branco
Salame / mortadela	Peito de peru
Pães brancos, massas	Pães e massas integrais
Chocolate ao leite	Chocolate amargo

EVITAR

Gordura saturada	Linguiça / salsicha
Gordura trans	Pele ou miúdos de frango
Ovos (limitar 3 ovos/semana; evitar a gema)	Carne vermelha (especialmente os cortes mais gordurosos)
Pratos "à milanesa"	Bolos e sorvetes cremosos
Bacon	Fígado
Mortadela / salame	Maionese
Doces	Frutos do mar
"Salgados" (coxinha, etc.)	Salgadinhos industrializados
Bolachas / biscoitos	

ALIMENTOS PREFERENCIAIS

Peito de frango	Aveia
Peixe	Soja (proteína da soja)
Cortes magros de carne de vaca	Oleaginosas (nozes, amêndoas, castanhas)
Frutas	Feijão / ervilha
Vegetais	Fibras

ESTUDO VOYAGER

O estudo Voyager foi que incluiu mais de 30 mil pacientes participantes de 37 estudos clínicos, e comparou rosuvastatina, atorvastatina e simvastatina. Da população incluída, 57% eram de alto risco CV (doença CV, diabetes ou dislipidemia aterogênica [HDL-C < 40 mg/dl e triglicérides > 150 mg/dl]). Os resultados do Voyager foram publicados em uma série de revistas científicas de alto impacto^{1,5}.

1. POTÊNCIA

Rosuvastatina tem potência superior à de doses iguais ou dobradas de atorvastatina e na redução do LDL-colesterol^{1,5}.

2. EQUIVALÊNCIA DE POTÊNCIA ENTRE AS ESTATINAS NA REDUÇÃO DO LDL-COLESTEROL¹

Rosuvastatina	Atorvastatina	Sinvastatina
5 mg	15 mg	39 mg
10 mg	29 mg	72 mg
20 mg	70 mg	--- *
40 mg	--- †	--- †

* A redução do LDL-colesterol obtida com 20 mg de rosuvastatina não foi atingida com dose máxima de simvastatina.

† A redução do LDL-colesterol obtida com 40 mg de rosuvastatina não foi atingida com dose máxima de atorvastatina ou simvastatina.

3. EQUIVALÊNCIA DE POTÊNCIA ENTRE AS ESTATINAS NA REDUÇÃO DO COLESTEROL NÃO-HDL¹

Rosuvastatina	Atorvastatina	Sinvastatina
5 mg	14 mg	42 mg
10 mg	27 mg	77 mg
20 mg	62 mg	--- *
40 mg	--- †	--- †

* A redução do colesterol não-HDL obtida com 20 mg de rosuvastatina não foi atingida com dose máxima de simvastatina.

† A redução do colesterol não-HDL obtida com 40 mg de rosuvastatina não foi atingida com dose máxima de atorvastatina ou simvastatina.

4. PACIENTE COM ALTO RISCO CARDIOVASCULAR²

A maior potência da rosuvastatina foi observada em todos os subgrupos de maior risco CV pela classificação do American College of Cardiology/American Heart Association, nos pacientes com LDL \geq 190 mg/dl; na presença de doença CV aterosclerótica; em diabéticos; nos casos de risco estimado (ASCVD) \geq 7,5% em dez anos.

5. NÍVEIS-ALVO DE LDL-COLESTEROL^{3,5}

Uma maior porcentagem de pacientes em uso de rosuvastatina atingem os níveis-alvo de LDL-colesterol (<100mg/dl ou <70mg/dl) e de colesterol não-HDL (<130mg/dl), do que entre os que utilizam atorvastatina ou simvastatina.

6. REDUÇÃO IMPORTANTE DOS NÍVEIS DE LDL-COLESTEROL¹

A rosuvastatina promove redução média dos níveis de LDL-colesterol de até 55%. Redução de 39% foi obtida com 5 mg; 44% com 10 mg; 50% com 20 mg e 55% com 40 mg.

7. ROSUVASTATINA PERMITE ATINGIR OS NÍVEIS-ALVO DE LDL-COLESTEROL^{3,5}

As últimas diretrizes europeias de dislipidemia recomendam níveis de LDL para abaixo de 70 mg/dl ou redução de pelo menos 50% em relação aos valores basais em pacientes com risco CV alto e muito alto, objetivo que pode ser atingido mais facilmente com o uso da rosuvastatina.

8. SUBSTITUIÇÃO DE ATORVASTATINA OU SINVASTATINA POR ROSUVASTATINA⁶

A substituição de atorvastatina ou simvastatina por rosuvastatina em doses proporcionais resulta em reduções maiores das relações LDL-C/HDL-C e do colesterol não HDL-C.

9. DOSES MENORES DE ESTATINAS SE ASSOCIAM A MENOS EFEITOS ADVERSOS¹

Alguns efeitos adversos das estatinas, como mialgia, podem ser dose-dependente. Assim, o fato de a rosuvastatina ser mais eficaz mesmo em doses menores constitui uma vantagem importante.

10. OUTROS ESTUDOS^{7,8}

Estudos randomizados importantes, que incluíram grande número de pacientes, como o ECLIPSE e o STELLAR, também demonstraram a superioridade da rosuvastatina em comparação com a atorvastatina e a simvastatina.

COMENTÁRIO MÉDICO

A Rosuvastatina é o último representante da classe a ter sido desenvolvido. Sua principal característica é a potência, maior que a de todas as anteriores. Seu desempenho em estudos clínicos tem sido excepcional, mostrando-se capaz de reduzir a mortalidade total na prevenção primária, como observado no estudo JUPITER¹¹, bem como a regressão do processo aterosclerótico como evidenciado no estudo ASTEROID¹². Alia à maior potência, excelente perfil de segurança e tolerabilidade.

Dr. Marcelo Chiara Bertolami

Diretor de Divisão Científica

Cardiologista - CRM 26.427

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia

Coordenador e revisor: Dr. Marcelo Chiara Bertolami

Referências

1. Karlsen BW, Palmer MK, Nicholls SJ, Lundman P, Barter PJ. HYPERSKIN "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26246463" Doses of rosuvastatin, atorvastatin and simvastatin that induce equal reductions in LDL-C and non-HDL-C: Results from the VOYAGER meta-analysis. **Eur J Prev Cardiol.** 2015 [Epub ahead of print].
2. Karlsen BW, Palmer MK, Nicholls SJ, Lundman P, Barter PJ. HYPERSKIN "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26074319" To what extent do high-intensity statins reduce low-density lipoprotein cholesterol in each of the four statin benefit groups identified by the 2013 American College of Cardiology/American Heart Association guidelines? A VOYAGER meta-analysis. **Atherosclerosis** 2015;241(2):450-4.
3. Karlsen BW, Nicholls SJ, Lundman P, Palmer MK, Barter PJ. HYPERSKIN "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23510828" Achievement of 2011 European low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C) goals of either $\leq 70\text{ mg/dl}$ or $\geq 50\%$ reduction in high-risk patients: results from VOYAGER. **Atherosclerosis** 2013;228(1):265-9.
4. Nicholls SJ, Brandrup-Wognsen G, Palmer M, Barter PJ. HYPERSKIN "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20102893" Meta-analysis of comparative efficacy of increasing dose of Atorvastatin versus Rosuvastatin versus Simvastatin on lowering levels of atherogenic lipids (from VOYAGER). **Am J Cardiol.** 2010;105(1):69-76.
5. Palmer MK, Nicholls SJ, Lundman P, Barter PJ, Karlsen BW. HYPERSKIN "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23644489" Achievement of LDL-C goals depends on baseline LDL-C and choice and dose of statin: an analysis from the VOYAGER database. **Eur J Prev Cardiol.** 2013;20(4):1080-7.
6. Cheung RC, Morrell JM, Kallend D, et al. Effects of switching statins on lipid and lipoprotein ratios in the MERCURY 1 study. **Int J Cardiol.** 2005;100:309-316.
7. Faergeman O, Hill L, Windler E, et al; on behalf of the ECLIPSE Study Investigators. Efficacy and tolerability of rosuvastatin and atorvastatin when force-titrated in patients with primary hypercholesterolemia. **Cardiology.** 2008;111(4):219-228.
8. Jones PH, Davidson MH, Stein EA, et al; for the STELLAR Study Group. Comparison of the efficacy and safety of rosuvastatin versus atorvastatin, simvastatin, and pravastatin across doses (STELLAR Trial). **Am J Cardiol.** 2003;92(2):152-160.
9. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration. Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: A meta-analysis of data from 170,000 participants in 26 randomised trials. **Lancet.** 2010; 376:1670-1681.
10. Xavier H. T., Izar M. C., Faria Neto J. R., et al. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. **Arq Bras Cardiol.** 2013;101(4):Suppl 1.
11. Ridker PM, Danielson E, Fonseca FA, Genest J, Gotto AM Jr, Kastelein JJ, Koenig W, Libby P, Lorenzatti AJ, MacFadyen JG, Nordestgaard BG, Shepherd J, Willerson JT, Glynn RJ; JUPITER Study Group. Rosuvastatin to prevent vascular events in men and women with elevated C-reactive protein. **N Engl J Med.** 2008;359(21):2195-207.
12. Nissen SE, Nicholls SJ, Sipahi I, Libby P, Raichlen JS, Ballantyne CM, Davignon J, Erbel R, Fruchart JC, Tardif JC, Schoenberger P, Crowe T, Cain V, Woloski K, Goormastic M, Tuzicki EM; ASTEROID Investigators. Effect of very high-intensity statin therapy on regression of coronary atherosclerosis: the ASTEROID trial. **JAMA.** 2006;295(13):1556-65.