

IDENTIFICAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR NA CRIANÇA E NO ADOLESCENTE

Os tradicionais fatores de risco cardiometabólico e outras condições específicas da infância e adolescência são associadas com aterosclerose acelerada e DCV precoce e devem ser rastreados (1).

O rastreamento para diabetes está indicado para crianças com sobrepeso ou obesidade, história familiar de diabetes em parentes de primeiro grau e em pacientes com sintomas de hiperglicemia ou em uso de medicamentos com ação diabetogênica (7).

Segundo a V Diretriz Brasileira de Dislipidemia e Prevenção de Aterosclerose (8), recomenda-se a determinação do perfil lipídico quando:

/ avós, pais, irmãos e primo de primeiro grau apresentam dislipidemia, principalmente grave, ou manifestação de aterosclerose prematura;

☒ Há clínica de dislipidemia;

☒ NYHRTYWTIKFYTWIWNHT

☒ Há acometimento por outras doenças, ERPRKLSRWLUHRLGLVPR VtGURPHHIUyWLFDC&L

☒ Há utilização de contraceptivos, corticoides, TYWF IWTLF V possam induzir a elevação do colesterol.

Na tabela 1, são apresentadas as categorias de risco para as DCV nessa faixa etária.

Tabela 1 - Categorias de risco cardiovascular na criança e no adolescente.

Alto risco	Moderado risco	Em risco	
HF homozigótica	Obesidade grave (IMC ≥ p99 e/ou ≥ 35 kg/m ²)	Obesidade não grave (IMC entre p95 e p99)	Doença de Kawasaki com regressão de aneurisma de coronária
DM1 ou DM2	Hipertensão (PA > p95 ou ≥ 130x80 mmHg em três ou mais ocasiões)	Resistência à insulina com comorbidades (esteatose hepática, SOP)	Cardiotoxicidade pós-quimioterapia para tratamento de câncer na infância
Doença renal crônica terminal	HF heterozigótica	Hipertensão do jaleco branco	Depressão ou transtorno bipolar
Doença de Kawasaki com aneurisma de coronária persistente	Doença renal crônica não-dialítica	Doença inflamatória crônica (LES, artrite idiopática juvenil)	Tratamento cirúrgico de doença cardíaca congênita envolvendo translocação de artérias coronárias
Vasculopatia associada a transplante de órgão sólido	Estenose ou coarctação aórtica	Infecção pelo HIV	
Transplante de <i>stem cell</i> em crianças com câncer	Exposição previa a radiação torácica para tratamento de câncer na infância	Cardiomiopatias	

Abreviaturas: HF: hipercolesterolemia familiar, DM: diabetes *mellitus*, PA: pressão arterial, IMC: índice de massa corpórea, LES: lúps eritematoso sistêmico, HIV: vírus da imunodeficiência humana.

Fonte: Adaptado de Ferranti, 2019 (9).

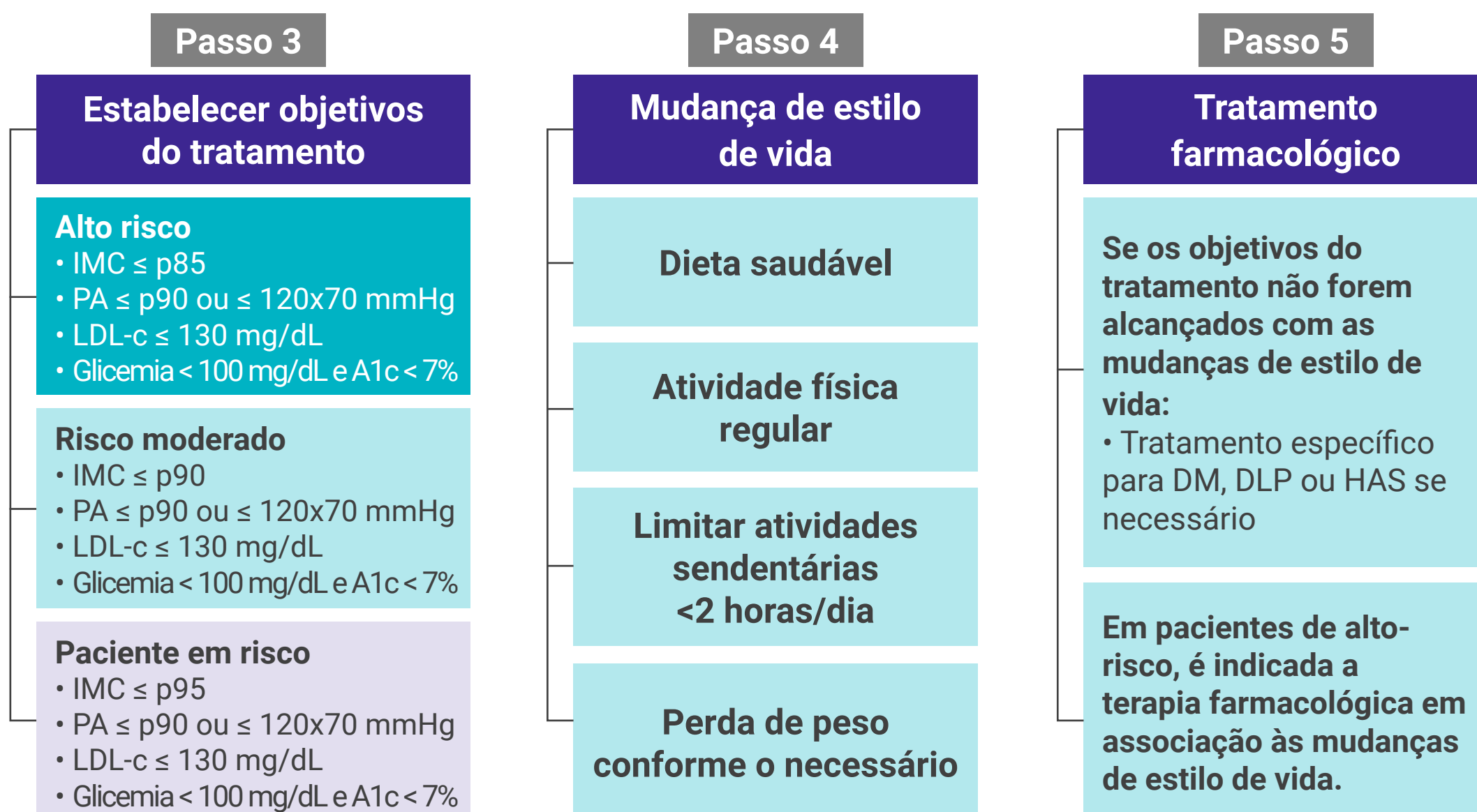
ESTRATIFICAÇÃO E MANEJO DO RISCO CARDIOVASCULAR EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Figura 3 - Algoritmo para estratificação e manejo do risco cardiovascular em crianças e adolescentes.

Passo 1	Estratificação do risco (de acordo com tabela1)									
	Alto risco	Moderado risco	Em risco							
Passo 2	Avaliar outros fatores de risco ou comorbidades*	Avaliar outros fatores de risco ou comorbidades*	Avaliar outros fatores de risco ou comorbidades*							
	Manejar como alto risco	Dois ou mais fatores de risco?	Dois ou mais fatores de risco?							
		<table border="1"> <tr> <td>Sim</td> <td>Não</td> </tr> <tr> <td>Manejar como alto risco</td> <td>Manejar como risco moderado</td> </tr> </table>	Sim	Não	Manejar como alto risco	Manejar como risco moderado	<table border="1"> <tr> <td>Sim</td> <td>Não</td> </tr> <tr> <td>Manejar como risco moderado</td> <td>Manejar como em risco</td> </tr> </table>	Sim	Não	Manejar como risco moderado
Sim	Não									
Manejar como alto risco	Manejar como risco moderado									
Sim	Não									
Manejar como risco moderado	Manejar como em risco									

***Passo 2: Fatores de risco ou comorbidades:**

História familiar de DCV prematura (parente de primeiro grau - homem < 55 anos, mulher < 65 anos) | História de tabagismo | Dieta hipercalórica e/ou hiperlipídica | Inatividade física | Sobrepeso ou obesidade não grave | Hipertensão | Dislipidemia (avaliar perfil lipídico) | Diabetes (avaliar glicemia de jejum e hemoglobina glicada)



Uma vez que se identifiquem crianças e adolescentes sob risco para eventos cardiovasculares é necessário que se institua um manejo adequado. A figura 3, apresentada acima, apresentou um algoritmo para a estratificação e o manejo do risco cardiovascular nos pacientes dessa faixa etária.

Deve-se lembrar ainda, que a presença de distúrbios metabólicos graves e/ou em idade precoce podem ter origem genética, assim, o médico deve estar atento para identificar pacientes com possíveis doenças metabólicas herdadas, que embora raras, demandam manejo e tratamento específicos.

CONCLUSÃO

Embora as DCV geralmente se manifestem na vida adulta, há evidências, baseadas em estudos de autópsia e em métodos não invasivos para avaliação de aterosclerose subclínica, que os danos vasculares ateroscleróticos podem ser desenvolver precocemente na infância. Na maioria das vezes, essas alterações são leves e podem ser minimizadas ou prevenidas com a adoção de hábitos de vida saudáveis (1).

Por esse motivo, torna-se necessário que as crianças e adolescentes acometidos ou em risco para tais agravos sejam identificados, a fim de que o aconselhamento e o tratamento adequados sejam oferecidos precocemente, visando reduzir o risco de DCV na vida adulta.

LEITURA SUGERIDA:

de Ferranti SD et al. Overview of risk factors for development of atherosclerosis and early cardiovascular disease in childhood. UpToDate, 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-risk-factors-for-development-of-atherosclerosis-and-early-cardiovascular-disease-in-childhood>. Acesso em: 27 Feb 2021.

de Ferranti SD, Steinberger J, Ameduri R, et al. Cardiovascular Risk Reduction in High-Risk Pediatric Patients: A Scientific Statement from the American Heart Association. Circulation 2019; 139: e603.

REFERÊNCIAS:

1. de Ferranti SD et al. Overview of risk factors for development of atherosclerosis and early cardiovascular disease in childhood. UpToDate, 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-risk-factors-for-development-of-atherosclerosis-and-early-cardiovascular-disease-in-childhood>. Acesso em: 27 Feb 2021.

2. McMahan CA, Gidding SS, Malcom GT, et al. Pathobiological determinants of atherosclerosis in youth risk scores are associated with early and advanced atherosclerosis. Pediatrics 2006; 118:1447.

3. Groner JA, Joshi M, Bauer JA. Pediatric precursors of adult cardiovascular disease: noninvasive assessment of early vascular changes in children and adolescents. Pediatrics 2006; 118:1683.

4. Aggoun Y, Szezepanski I, Bonnet D. Noninvasive assessment of arterial stiffness and risk of atherosclerotic events in children. Pediatr Res 2005; 58:173.

5. Kit BK, Kuklina E, Carroll MD, et al. Prevalence of and trends in dyslipidemia and blood pressure among US children and adolescents, 1999-2012. JAMA Pediatr 2015; 169:272.

6. May AL, Kuklina EV, Yoon PW. Prevalence of cardiovascular disease risk factors among US adolescents, 1999-2008. Pediatrics 2012; 129:1035.

7. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019- 2020. São Paulo: Editora Clannad, 2019.

8. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da Diretriz Brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. Volume 109, No 2, Supl. 1, 2017. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2017/02_DIRETRIZ_DE_DISLIPIDEMIAS.pdf. Acesso em: 28 Feb 2021.

9. de Ferranti SD, Steinberger J, Ameduri R, et al. Cardiovascular Risk Reduction in High-Risk Pediatric Patients: A Scientific Statement from the American Heart Association. Circulation 2019; 139: e603.

Marcas parceiras:



Responsável Técnico: Dr. Gustavo Aguiar Campana - CREMESP 112181 | CREMERJ 52.0108745-2

