

Utilidad del laboratorio en el control de las dislipidemias

Jaime Arturo Mejía, M.D.*

En mayo de 2002 el Programa Nacional de Educación en Colesterol (NCEP por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos de América produjo la tercera versión del Informe del Panel para Tratamiento del Adulto (ATP, siglas en inglés). Las recomendaciones del ATPIII están orientadas a lograr un impacto en la reducción de la morbimortalidad por enfermedad coronaria del corazón (ECC).

En el ATP I que se produjo en 1988, se recomendó el filtrado (= tamizaje) inicial con colesterol total (CT) y se enfocó la prevención primaria de la ECC en quienes tenían aumentado el colesterol de lipoproteína de baja densidad (LDL-C, siglas en inglés). Los valores de corte se debían interpretar de acuerdo con la evaluación de riesgo: ≥ 160 mg/dl en individuos sin otro riesgo aparente y 130-159 mg/dl en aquellos con dos o más factores de riesgo.

En el ATP II de 1993 se consideró que también un colesterol de lipoproteína de alta densidad (HDL-C, siglas en inglés) se debería tener en cuenta como factor de riesgo y se adicionó que para los individuos con una ECC establecida, el punto de corte de LDL-C debería ser de 100 mg/dl.

La propuesta del ATP III es hacer una terapia más enérgica que incluye cambios en el estilo de vida y manejo con medicamentos. Por esta amplia razón las definiciones de riesgo al síndrome metabólico, la diabetes y los equivalentes de la ECC, siguen el estudio de Framingham. Estos equivalentes de la ECC son los factores de riesgo que en el estudio de Framingham demostraron una probabilidad alta de asociarse con la ECC en 10 años. Además ATP III regresa al filtro con un perfil de

lipoproteínas (TC, LDL-C, HDL-C y triglicéridos) y un marcador calculado, diferente al antiguo "índice arterial": no-HDL-C.

Los mayores factores de riesgo son: tabaquismo, hipertensión, bajo HDL-C, historia familiar de ECC prematura y edad avanzada (mayores de 45 años en hombres y de 55 en mujeres).

Los cambios en estilo de vida sugeridos son: control del sobrepeso, ejercicio y modificaciones en la dieta. La dieta debe contener un mínimo de grasas saturadas y aumentar el consumo de estanoles/esteroles de origen vegetal.

Para que el perfil de lipoproteínas sea válido se debe tomar en completo ayuno, como método de filtro; el ATP III sugiere que se haga cada 5 años en adultos y se debe hacer en todo paciente hospitalizado por un episodio coronario dentro de las primeras 24 horas.

El LDL-C se puede medir directamente, lo que no es usual, por métodos de beta-cuantificación. Sin embargo, esta metodología que requiere una ultracentrifugación especial, es engorrosa, cara, y poco práctica. Normalmente el LDL-C se informa por cálculo de la fórmula de Friedwald, pero ésta no tiene validez cuando la concentración de triglicéridos (TG) supera los 400 mg/dl. Como el seguimiento requiere mediciones de LDL-C se están perfeccionando los métodos homogéneos directos, cuyo uso todavía no se ha impuesto en Colombia. Es necesario estudiar el impacto en costos que la adopción de tales métodos y guías como la sugerida en el ATP III tendrían en el sistema colombiano.

Las modificaciones en los puntos de corte de medición de los análisis requiere una revisión conjunta por profesio-

nales médicos y de laboratorio.

Una segunda meta de la terapia está en la intervención temprana de la hipertrigliceridemia, que según la evidencia actual es aterogénica. De este modo el seguimiento de pacientes que hayan alcanzado las metas de LDL-C pero cuyos TG permanezcan altos (por encima de 200 mg/dl) se haría por medio de la evaluación combinada de lipoproteínas con fracción B, LDL-C y VLDL-C, en otras palabras, se podría hacer por simple diferencia entre TC y HDL-C. El punto de monitoreo para este indicador llamado no-HDL-C, sería 30 puntos por encima del punto estimado para LDL-C. De este modo el laboratorio necesita manejar también la información de evaluación de riesgo de los pacientes. Como se trata de una conclusión no proferida por el panel ATP III, no sería mala idea que los laboratorios pasaran a ser entes más activos en el estudio de pacientes y podrían hacer la evaluación primaria de riesgo si aplican un análisis estándar y las mediciones pertinentes antes que el individuo pase a consulta.

El laboratorio clínico representa un papel cada vez más importante en la evaluación y seguimiento del riesgo cardiovascular; son varios los marcadores que se suman a las estrategias de intervención en tal riesgo: lipoproteína (a) [Lp(a)], homocisteína (útil en casos de asociación familiar de ECC temprana), proteína reactiva C. Esta última ha venido a ser un predictivo independiente de eventos coronarios futuros en hombres y mujeres sanos en apariencia.

En conclusión las guías ATP III del NCEP introducen cambios importantes en el papel del laboratorio clínico, así:

- Modificación de los puntos de corte para LDL-C, HDL-C y TG.

* Médico Patólogo, Jefe de la Sección IPS Ambulatorio de COMFANDI, Cali

- Introducción del indicador no-HDL-C
- Incorporación del puntaje Framingham para evaluar el riesgo de ECC.
- Exige que la precisión de mediciones y los métodos se ajusten a variaciones menores pues los rangos son más estrechos.
- Se aumentará el número de solicitudes de perfiles lipídicos e intervenciones terapéuticas.
- Es posible que aumente la identificación de otros marcadores de riesgo.

Metas de tratamiento para LDL-C y no-HDL-C en mg/dl

	LDL-C	NO-HDL-C
ECC o equivalentes	< 100	< 130
Dos o más factores riesgo	< 130	< 160
0-1 factores riesgo	< 160	< 190

Niveles de decisión médica para LDL-C en mg/dl

Óptimo	< 100
Cercano a óptimo	100-129
Límite alto	130-159
Alto	160-189
Muy alto	> 190

Niveles de decisión médica para TG en mg/dl

Normal	< 150
Límite alto	150-199
Alto	200-499
Muy alto	≥ 500

Para consultar el ATPIII: www.nhlbi.nih.gov

Para calcular el riesgo: <http://hin.nhlbi.nih.gov/atpiii/calculator.asp?usertype=prof>