

AVALIAR OS LÍPIDES COM OU SEM JEJUM?

Uma abordagem para o clínico

Recentemente as sociedades científicas no Brasil se posicionaram sobre o tema e publicaram o Consenso Brasileiro para a Normatização da Determinação Laboratorial do Perfil Lipídico (colesterol, HDL-c, LDL-c e triglicérides), flexibilizando o jejum para a coleta. Porém, cabe ao clínico decidir criteriosamente em quais situações o jejum é necessário e em quais destas os lipídeos medidos sem jejum são adequados.

A decisão deve ser personalizada de acordo com o risco cardiovascular para que o paciente tenha o maior benefício na sua meta terapêutica. A avaliação dos lipídeos com ou sem jejum é o título de uma publicação recente no J Am Coll Cardio, em outubro de 2016, que trata especificamente desta questão e abordamos neste informativo.

A resposta adequada à pergunta: *Com ou sem o jejum?* vai depender de diferentes cenários clínicos. Veja na tabela abaixo, modificada de Driver, S.L. e cols. quais são as principais indicações:

Necessidade de jejum para avaliação do perfil lipídico:
Resumo de situações clínicas

Situações Clínicas	Necessidade de jejum	Notas
Estimar o risco inicial em um paciente não tratado para fazer uma avaliação preventiva	Aceitável sem jejum	
Rastreio e acompanhamento de paciente com história familiar de hiperlipidemia genética ou doença cardiovascular aterosclerótica prematura (DCVAP)	Obrigatório o jejum	Apo B opcional, porém muito útil para um diagnóstico preciso
Esclarecer um diagnóstico de síndrome metabólica	Aceitável sem jejum	
Avaliar o risco residual em paciente tratado	Preferencial o jejum	
Avaliar paciente em risco ou com pancreatite	Preferencial o jejum	Os pacientes com suspeita de pancreatite podem ser avaliados sem jejum nas situações de emergência
Diagnosticar hipertrigliceridemia	Preferencial o jejum	

Prevenção primária

Na avaliação inicial do paciente não tratado, há várias formas de se obter o Score de Risco, dentre eles o Score de Framingham, Score de Risco de Reynolds, QRISK2, dentre outros. Os modelos incluem a dosagem do Colesterol total e HDL-C, idade, sexo, fumo e hipertensão. Estes dados foram obtidos em coortes com jejum, mas está demonstrado que variam pouco entre os dois estados metabólicos. Portanto, a estimativa do risco pode ser obtida com ou sem jejum.

Apesar da associação entre os níveis de LDL-c e o uso de estatinas para reduzir o risco à linha de base, há diversos fatores que limitam a sua utilização, seja pela obtenção dos valores por dosagem direta, devido a questões metodológicas, como pela aplicação da fórmula de Friedwald que se torna imprecisa nos valores de triglicérides acima de 400mg/dL e LDL-c acima de 70mg/dL.

Na prevenção primária, o propósito não é reduzir o LDL-C mas reduzir o risco de um acidente vascular cerebral ou doença coronariana aguda.

Hiperlipidemia genética

O que seria uma história genética de dislipidemia familiar e doença cardiovascular aterosclerótica prematura (DCVAP)?

O mais sugestivo é o achado de LDL-C acima de 190mg/dL. No entanto, as diretrizes americanas ACC/AHA orientam que um valor de colesterol não-HDL acima de 220mg/dL poderia indicar uma dislipidemia familiar, sugerindo a investigação de outras causas secundárias de elevação do LDL-C.

Uma DCVAP é suspeitada pela ocorrência em parentes homens <55 anos e mulheres <65 anos. Se forem parentes de primeiro grau, recomenda-se o perfil lipídico, preferencialmente em jejum.

A associação da dosagem da APO B é muito útil, juntamente com outros sinais clínicos, no diagnóstico da dislipoproteinemia familiar tipo III, que é uma causa importante de DCVAP.

Síndrome metabólica

Uma entidade clínica muito comum, definida pela presença de 3 dos seguintes critérios que são fatores de risco: circunferência abdominal ≥ 102 cm para homens e 82cm para mulheres, pressão arterial $\geq 130/85$ mmHg, glicemia em jejum ≥ 100 mg/dL, HDL-c < 40 mg/dL para homens e < 50 mg/dL para mulheres e triglicérides ≥ 150 mg/dL.

É muito importante o diagnóstico e a adoção de medidas que resultem em alteração no estilo de vida, incluindo dieta e atividade física para o bom controle destes pacientes.

Para facilitar o diagnóstico da síndrome metabólica, evitando a falta do paciente ao retorno ou demora em apresentar os resultados, devido ao jejum, recomenda-se a seguinte abordagem:

✓ Medir a circunferência abdominal, a pressão arterial e dosar o perfil lipídico sem o jejum.

✓ Adotar os seguintes critérios: triglicérides > 200mg/dL; Hemoglobina glicada acima de 5.6% e HDL-c <40 mg/dL em homens e <50 mg/dL em mulheres.

Avaliar o risco residual no paciente tratado

A avaliação do risco através dos sistemas de “score de risco” é útil para indivíduos que não estão em tratamento com estatinas. As abordagens nestes pacientes consideram, não somente a redução dos níveis de colesterol, mas também as mudanças no estilo de vida, níveis de glicemia, entre outros.

Como as mudanças afetam favoravelmente os níveis de LDL-c e colesterol não HDL, estes parâmetros se tornam, de alguma forma, o alvo clínico:

- Níveis de LDL-C <100mg/dL
- Redução de aproximadamente 39mg/dL no LDL-C (provável redução de 20% de redução no risco relativo)
- Redução em cerca de 40% dos níveis de colesterol não-HDL (indício de uma boa resposta ao tratamento).

Avaliar os pacientes com pancreatite ou risco de desenvolver

Incluem-se, neste critério, indivíduos com triglicérides acima de 500mg/dL. A avaliação de pacientes tratados e com risco recorrente se faz obtendo a nova amostra em jejum.

Não está indicado fazer a triagem de todos os pacientes para avaliar este risco, porém está indicado nas seguintes situações, em que pessoas predispostas estão sendo submetidas a situações metabólicas que podem causar importante elevação dos triglicérides.

- ✓ Pacientes com o HIV e tratados com antiretrovirais
- ✓ Pacientes tratados com esteroides ou derivados de ácido retinóico por tempo prolongado
- ✓ Pacientes com esteatose visceral ou com história familiar de dislipidemia antes de iniciar o uso de contraceptivos orais ou substituição hormonal
- ✓ Mulheres que desejam engravidar e são portadoras de dislipidemia ou história familiar.

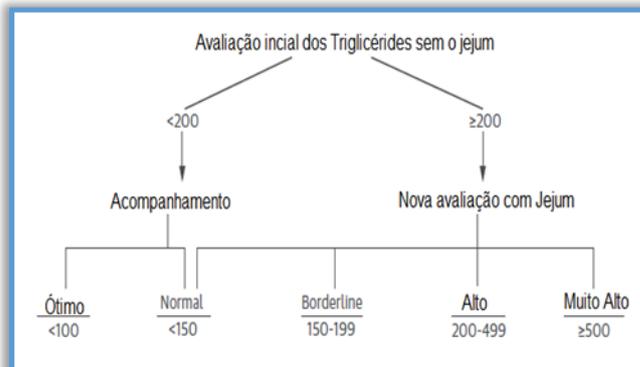
Como diagnosticar a hipertrigliceridemia sem o jejum

Um algoritmo foi proposto pela AHA (*American Heart Association*), que introduz um conceito útil na avaliação dos triglicérides, considerando um valor de corte de 200mg/dL.

O fundamento é que se o indivíduo possui valores menores do que 150mg/dL em jejum, uma refeição habitual não deverá elevar em mais de 20% o nível de triglicérides tornando os valores maiores do que 200mg/dL.

Se os valores obtidos sem jejum ultrapassam este corte sugerido de 200mg/dL, então se deve obter uma nova amostra em jejum, porém, se inicialmente são obtidos resultados de triglicérides que ultrapassam 1.000mg/dL deve-se de imediato tomar medidas que previnam a pancreatite.

Figura 01 - Algoritmo prático para a abordagem de triglicérides elevados



Consenso Brasileiro para a Normalização da Determinação Laboratorial do Perfil Lipídico (colesterol, HDL-c, LDL-c e triglicérides)

Abaixo a tabela com valores de alvo terapêutico nas duas situações, com e sem o jejum segundo a categoria de risco para adultos acima de 20 anos.

Observa-se que valores <175mg/dL são aceitáveis para triglicérides mensurados sem o jejum.

Valores referenciais e de alvo terapêutico conforme avaliação de risco cardiovascular estimado pelo médico solicitante do perfil lipídico para adultos >20 anos.

Lípides	Com jejum (mg/dL)	Sem jejum (mg/dL)	Categoria referencial
Colesterol Total*	<190	<190	Desejável
HDL-C	>40	>40	Desejável
Triglicérides**	<150	<175	Desejável
Categoria de risco			
LDL-C	<130	<130	Baixo
	<100	<100	Intermediário
	<70	<70	Alto
	<50	<50	Muito alto
Não-HDL-C	<160	<160	Baixo
	<130	<130	Intermediário
	<100	<100	Alto
	<80	<80	Muito alto

Avaliar o perfil lipídico e demais critérios metabólicos é muito útil para fornecer ao cliente importantes orientações sobre as mudanças no seu estilo de vida que tragam um efetivo impacto na saúde.

A adesão do paciente para a redução do risco de eventos cardiovasculares é fundamental. Portanto, a escolha do momento ideal em que o cliente se apresenta propício a realizar a consulta, os exames iniciais e de acompanhamento, bem como os critérios associados ao seu histórico clínico, fazem parte desta decisão.

Coletar com ou sem o jejum é uma dado que deve ser expresso na solicitação de exames laboratoriais.

Assessoria Científica Lab Rede

Referência:

1-Fasting or Nonfasting Lipid Measurements - It Depends on the Question-Driver, S.L. et al. J Am Coll Cardiol. 2016; 67(10):1227-342-Consenso Brasileiro para a Normalização da Determinação Laboratorial do Perfil Lipídico versão 1.13, Dezembro 2016, disponível em http://www.sbpcc.org.br/upload/conteudo/consenso_jejum_dez2016_final.pdf