

EDITORIAL

Editorial

La atención primaria en pacientes con síndrome metabólico y dislipidemia

La importancia del control del síndrome metabólico y la dislipidemia, radica en que ambos constituyen factores de riesgo para el desarrollo de enfermedad cardiaca aterosclerótica, que son causa de aumento de morbilidad y mortalidad y cuya prevalencia va incrementando en nuestro país. La relación entre los valores de lípidos y el riesgo cardiovascular es continua, y no existe un claro punto de corte entre los valores que se podrían considerar seguros y los que determinan un riesgo elevado.

En algunos casos, persiste la tendencia a profundizar y realizar costosas investigaciones relacionadas con pruebas de laboratorio e imagenológicas, así como la producción y puesta al mercado de nuevas drogas que aumentan el listado de fármacos disponibles para tratar esta patología. Sin embargo, consideramos que sería más importante identificar y trabajar en base a los factores de riesgo, ya que sólo así podríamos mejorar la calidad de vida y el pronóstico de los pacientes en riesgo de convertirse en futuros diabéticos o cardiopatas. Esto se podría lograr a través de una adecuada Atención Primaria de Salud.

El médico de Atención Primaria de Salud debe asumir un papel fundamental en la prevención de las dislipidemias y el síndrome metabólico, así como también en el diagnóstico, evaluación clínica y seguimiento, debido a que la accesibilidad de la población a los Centros de Atención Primaria de Salud, determina que este nivel asistencial sea el único capaz de establecer una estrategia integral para realizar las medidas de control de dicho factor de riesgo cardiovascular, con posibilidades reales de lograr un impacto en la disminución de la morbimortalidad.

Para alcanzar este objetivo, el médico de atención primaria, debería dirigir las actividades establecidas para el control del síndrome metabólico y las dislipidemias a través de programas preventivos aplicados a todas las personas que acuden a estos servicios. En estos programas preventivos deberían incluirse actividades dirigidas a la prevención y detección de factores de riesgo tales como tabaquismo, obesidad, dislipidemia, sedentarismo, hiperglicemia, etc., con el objeto de valorar en el paciente si existe o no riesgo de enfermedad cardiovascular, las características de la enfermedad - su cronicidad, su escasa sintomatología, la necesidad de la colaboración activa por parte del paciente, etc.

Es necesaria una relación continua del médico de Atención Primaria con el paciente, que permita identificar las características de la enfermedad, la misma que puede hacerse efectiva a través de las consultas que se vayan produciendo a lo largo del seguimiento del problema. El cumplimiento terapéutico y la toma de conciencia del paciente respecto a cambios en el estilo de vida, son los objetivos que deben alcanzarse en esta etapa. Un factor básico para lograr dichos objetivos es la información adecuada sobre los peligros que conlleva el síndrome metabólico y la dislipidemia y los factores de prevención que el mismo paciente puede aplicar.

La dislipidemia debe valorarse en cada individuo en el contexto de su riesgo cardiovascular global, considerando si existen otros factores de riesgo o enfermedad aterosclerótica conocida, lo que condicionará, por un lado, que el tratamiento de la dislipidemia sea más o menos radical, y por otro, la necesidad de intentar corregir los demás factores de riesgo que puedan estar presentes. En los últimos años, la tendencia es a ser más agresivos en el tratamiento, tanto en pacientes con enfermedad aterosclerótica conocida, como en aquellos de alto riesgo de evento coronario (diabéticos, personas con dislipidemias genéticas, portadores de dos o más factores de riesgo cardiovascular).

Dr. Ignacio López Bilbao la Vieja

DIRECTIVA

Presidente

DR. SAMUEL CÓRDOVA ROCA

Vicepresidente

DR. IGNACIO LÓPEZ

Secretaria General

DRA. REBECA MURILLO

Tesorera

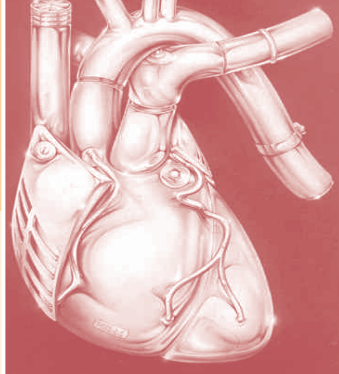
DRA. MOIRA IBARGUEN

CONSEJO EDITORIAL

DR. SAMUEL CÓRDOVA ROCA

DRA. ISABEL ELIANA CÁRDENAS G.

DR. IGNACIO LÓPEZ



IX Congreso Latinoamericano de Vasculopatías, Factores de Riesgo y Pie Diabético

(19 al 22 de mayo 2005, Buenos Aires-Argentina)

Resumen de las conferencias presentadas por el Dr. Samuel Cordova Roca, FACP

1. JNC 7, hipertensión arterial (HAS) de la teoría a la práctica. Visión de un cardiólogo

La HAS puede ser solamente un elemento de un síndrome complejo.

Ensayos observacionales han mostrado que el riesgo para una variedad de resultados relacionados con la hipertensión aumenta con el incremento de los niveles de PA.

Los resultados de numerosos estudios han cambiado nuestra definición de hipertensión y modificado el manejo clínico de los pacientes con presión arterial (PA) alta. El desarrollo de líneas guía nacionales en los EEUU y en el mundo entero reflejan las lecciones aprendidas y la evidencia recogida de estos y otros estudios hitos.

Datos del Framingham Heart Study basados en 30 años de seguimiento nos han mostrado: primero, que hay una continua relación entre PA y riesgo para enfermedad cardiovascular (CV). No hay un umbral mágico arriba del cual el riesgo

comienza y debajo del cual la gente este libre de riesgo. Segundo, que tener una PA alta era parte del proceso de envejecimiento normal. En efecto, para cualquier nivel de PA tanto sistólica o diastólica, las personas mayores tienen siempre un riesgo mayor que la gente joven al mismo nivel de PA. Finalmente, por largo tiempo, la hipertensión se focalizó en la PA diastólica, ahora se ha enfatizado en la importancia de la PA sistólica como un predictor de riesgo, que es especialmente importante en el anciano en quienes la forma más común de HAS es la hipertensión sistólica aislada. Sin embargo, el riesgo CV comienza a incrementar cuando la PA excede 115/75 mm Hg y se duplica con cada incremento de 20 mm Hg en la PA sistólica y 10 mm Hg en la PA diastólica. Por lo tanto, personas con menos severa elevación en la PA (normal alta) están en riesgo incrementado.

En el estudio ALLHAT no hubo diferencia significativa entre amlodipina y lortalidona para el punto final compuesto primario de muerte por enfermedad cardiaca coronaria e infarto de miocardio no fatal. Un subestudio del estudio ALLHAT mostró que en pacientes hipertensos de raza negra los inhibidores ECA fueron menos eficaces que los diuréticos para reducir las cifras tensionales y el riesgo de complicaciones CV a diferencia de lo que ocurre en pacientes de raza blanca. El inicio de tratamiento antihipertensivo involucrando IECA en sujetos mayores, particularmente hombres, parece llevar a mejores resultados que el tratamiento con diuréticos, a pesar de reducciones similares de la PA.

En el estudio INVEST cuando se analizó la incidencia de infarto agudo de miocardio y accidente cerebrovascular en función de la PA

sistólica y diastólica, no se encontraron diferencias en lo referente a la sistólica. Sin embargo, los pacientes cuya PA diastólica fue inferior a 80 mmHg mostraron una mayor incidencia de infarto de miocardio que los pacientes con una PA diastólica superior a este valor. Es decir, la hipotensión diastólica se asoció a un aumento en la incidencia de infarto agudo de miocardio en pacientes con enfermedad coronaria conocida

Sin embargo, a pesar de todos los adelantos y las líneas guía la hipertensión permanece sin control en la mayoría de los pacientes afectados.

Finalmente, las decisiones del tratamiento deberán ser tomadas para cada paciente, integrando toda la información posible concerniente a la historia del paciente, riesgo, fisiopatología, y estilo de vida.

2. Estrategias para Disminuir el Riesgo Cardiovascular. Medidas Preventivas

La aterosclerosis es una enfermedad inflamatoria que comienza en edades tempranas, puede empezar aún antes del nacimiento. La acumulación de lípidos lleva a estrías grasas y al posterior desarrollo de la placa marcada primariamente por acumulación lipídica. Desde los 40 años adelante, las placas se hacen más fibrosas, un proceso que es dependiente del desarrollo de una matriz de células musculares lisas y colágeno sobre el núcleo ateromatoso. Finalmente las placas pueden romperse, entonces el contenido de la placa es expuesto a la sangre y ocurre la activación plaquetaria y la trombosis.

El órgano clave es el endotelio, produce sustancias vasodilatadoras, la más comentada el óxido nítrico (NO), el más potente vasodilatador endógeno. También vasoconstrictoras, como la endotelina, ahora considerada como el más potente vasoconstrictor del organismo. El endotelio mantiene la salud vascular y vivimos en un estado vasodilatado,

gracias a un estado basal de débito crónico de NO.

Los FR tradicionales y nuevos contribuyen a la alteración de la función endotelial y síndromes clínicos relacionados. La diabetes es un problema común. Infortunadamente, la prevalencia se ha incrementado dramáticamente en los últimos 45 años y actualmente constituye una verdadera epidemia. La prevalencia de la obesidad, otra epidemia del siglo 21, ha aumentado en 61% desde 1991. La obesidad está fuertemente relacionada a la incidencia de diabetes en todo el rango del IMC.

En la diabetes se cree que la disfunción de células beta comienza muy temprano. La insulina resistencia y la disfunción de las células beta están presentes aún antes que los niveles anormales de glucosa se hayan establecido. En este periodo las personas pueden tener otras anomalías como dislipidemia, hipertensión, u obesidad; estas son

las alteraciones que integran el síndrome de resistencia a la insulina o síndrome metabólico.

La hiperglicemia es solo uno de los elementos. La presencia de todos los otros FR cardiovascular que pueden estar aun antes que la diabetes aparezca, explica porque se puede tener enfermedad cardiovascular (ECV) antes del desarrollo de la diabetes 2. Está demostrado que la hiperglicemia es un FR para el desarrollo de ECV en personas con diabetes. Así mismo, niveles de glucosa altos a las 2 horas sugieren que la hiperglicemia postprandial esta asociada con ECV.

Debemos considerar a los diabéticos como si ellos siempre hubiesen tenido ECV, y asegurarnos de ser lo suficientemente agresivos para controlar los FR cardiovascular en esta población. La dislipidemia típica en los diabéticos está caracterizada por triglicéridos elevados y bajo HDLc. Los estudios sugirieron que el uso de una estatina es muy beneficioso en

la población general y también en los subgrupos con diabetes reduciendo el riesgo cardiovascular.

La meta en el hipertenso diabético es una PA menor de 130/80 mm Hg. La medicación deberá ser útil reduciendo la presión arterial y la proteinuria, con la intención de bajar la progresión de enfermedad renal y de ECV. Actualmente los inhibidores ECA son considerados como medicación de primera clase en población diabética. Hay ahora suficiente evidencia para decir que los ARA II son muy efectivos en reducir la progresión de la nefropatía.

Los diabéticos tienen un sistema fibrinolítico disminuido y una tendencia para la trombosis. La aspirina ha probado ser efectiva en personas con diabetes en la misma manera que en personas sin diabetes.

Quizás lo más inteligente para prevenir la ECV es comenzar muy temprano en el control de los FR y en la historia natural de la diabetes, aun antes que la diabetes aparezca.



La Federación Internacional de Diabetes da una nueva definición para el Síndrome Metabólico Berlín; abril 2005

De acuerdo a la nueva definición, para que una persona sea diagnosticada como portadora de síndrome metabólico deberá tener:

Obesidad central (definida como circunferencia de cintura de > 94 cm para hombres y > 80 cm para mujeres (Europídeos) , con valores específicos de etnicidad para otros grupos) mas 2 de cualquiera de los siguientes cuatro factores:

- **Nivel de triglicéridos aumentados:** > 150 mg/dL (1.7 mmol/L), o tratamiento específico para esta anormalidad lipídica
- **Reducido HDL colesterol:** < 40 mg/dL (1.03 mmol/L) en hombres y < 50 mg/dL (1.29 mmol/L) en mujeres, o tratamiento específico para esta anormalidad lipídica
- **Presión arterial aumentada:**

PA sistólica \geq 130 o PA diastólica \geq 85 mm Hg, o tratamiento de hipertensión diagnosticada previamente

- **Glucosa plasmática en ayunas (FPG):** \geq 100 mg/dL (5.6 mmol/L), o diabetes tipo 2 diagnosticada previamente

Si está encima de 5.6 mmol/L o 100 mg/dL, es fuertemente recomendable

una prueba de tolerancia oral a la glucosa pero no es necesaria para definir la presencia del síndrome.

Aunque la patogénesis del síndrome metabólico y de cada uno de sus componentes es compleja y no bien comprendida, la obesidad central y la resistencia a la insulina son reconocidos como importantes factores causativos.

El bezafibrato reduce el riesgo de infarto de miocardio en pacientes con síndrome metabólico

En un artículo publicado en el Archives of Internal Medicine (mayo 2005) los autores de la Universidad de Tel-Aviv (Israel) evaluaron el efecto de bezafibrato retard en la incidencia de infarto de miocardio (IM) en pacientes con síndrome metabólico (SM) reclutados en el Bezafibrate Infarction Prevention (BIP) study.

Los pacientes con SM fueron aleatorizados a recibir 400 mg de

bezafibrato retard (740 pacientes) o placebo (730 pacientes) una vez al día. El tiempo de seguimiento medio fue de 6.2 años para eventos y 8.1 años para mortalidad

El grupo Bezafibrato estuvo asociado con una reducción de riesgo de cualquier IM o IM no fatal del 29 % y 33 % respectivamente. El riesgo de mortalidad cardiaca fue menor en el grupo bezafibrato en un 26 %. Es

interesante destacar que aquellos pacientes (575) con 4 o 5 factores de riesgo de SM que tomaban bezafibrato tuvieron una remarcable reducción de la mortalidad cardiaca del 56 %. En conclusión durante el seguimiento a largo plazo el bezafibrato redujo la incidencia de IM en pacientes con SM.

Alexander Tenenbaum, MD, PhD; Michael Motro, MD; Enrique Z.

Fisman, MD; David Tanne, MD; Valentina Boyko, MS; Solomon Behar, MD. *Bezafibrate for the Secondary Prevention of Myocardial Infarction in Patients With Metabolic Syndrome*

Arch Intern Med. 2005;165:1154-1160.

Eventos para recordar

2005

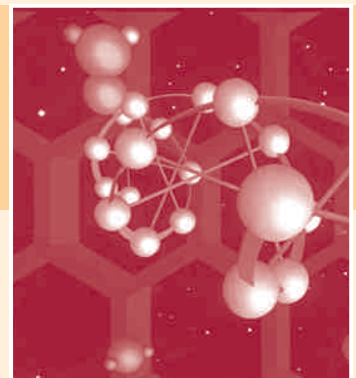
- 10 al 14 de junio American Diabetes Association 65th Annual Scientific Sessions. San Diego, CA. USA
 - 11 al 14 de junio Heart Failure 2005. Lisboa, Portugal
 - 17 al 21 de junio 15th European Meeting on Hypertension. Milan, Italia
 - 6 al 12 de agosto XXth Congress of the International Society of Thrombosis and Haemostasis. Sydney, Australia
 - 19 al 21 de septiembre 27 Congreso Argentino de Medicina Interna. Plaza Hotel. Buenos Aires, Argentina
 - 22 al 24 de septiembre Congreso de la Sociedad Latinoamericana de Aterosclerosis. SOLAT. Acapulco, México
- Informes: Dr. Manlio F. Blanco

2006

XXVIII Congreso Internacional de Medicina Interna
2006 - Taipei - Taiwan
Web: www.icim2006-taipei.org.tw

2008

XXVIII Congreso Internacional de Medicina Interna
2008 - Buenos Aires - Argentina



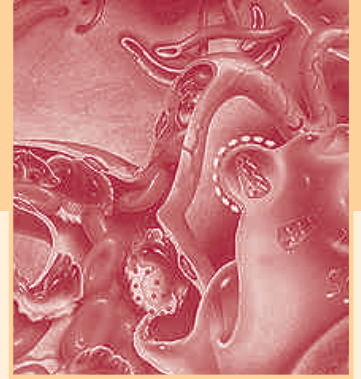
Actividad

Nuestra actividad

La Asociación Boliviana de Aterosclerosis (ASOBAT) se reúne los terceros miércoles de cada mes en el auditorio de TECNOFARMA.
Las últimas sesiones fueron:

- 20/04/05 PCR hs, nuevo factor de riesgo CV. Dr. Alberto Andrade
- 3-6/05/05 I Jornada Internacional de Aterosclerosis. Hotel Europa
- 15/06/05 Estrategias para disminuir el riesgo CV. Dr. Samuel Córdova Roca





Para información a nuestros colegas interesados en pertenecer a ASOBAT

CAPITULO II Miembros de la Asociación

Artículo 4°

- a) La Asociación estará constituida por Filiales Departamentales
- b) Cada Filial será autónoma en sus actividades científicas y otras

Artículo 5°

- a) Serán miembros de la Asociación, los socios de los distintas filiales, en la categoría que cada una de estas les asigne.
- b) Podrán ser socios todos los profesionales que trabajen en el área de la aterosclerosis, soliciten su ingreso a la Asociación y presenten un trabajo de admisión relacionado con esta disciplina.

Artículo 6°

La Asociación Boliviana de Aterosclerosis reconocerá 3 categorías de socios o miembros

- a) Titulares, que serán los miembros Fundadores y los profesionales médicos que trabajen en el campo de la aterosclerosis y muestren su deseo de pertenecer a la Asociación

- b) Honorarios, que serán las personalidades nacionales o extranjeras que se hayan distinguido por su contribución al progreso de la prevención y tratamiento de la enfermedad aterosclerótica
- c) Adherentes, serán aquellos profesionales no médicos que trabajen en el área de la aterosclerosis y muestren su deseo de pertenecer a la Asociación

CAPITULO III Obligaciones y derechos de los Socios

Artículo 7°

Son obligaciones de los socios titulares y adherentes:

- a) La divulgación y acreditación de la Asociación
- b) Asistir a las sesiones ordinarias y extraordinarias de la Asociación
- c) Cancelar las cuotas ordinarias y extraordinarias
- d) Desempeñar las comisiones que disponga la directiva
- e) Participar activamente con presentación de temas, revisiones, actualizaciones, etc, por lo menos una vez al año en el programa académico de la Asociación

Autoridades de la SILAT

Presidente	Dr. Iván Darío Sierra Ariza	Colombia
Primer Vicepresidente	Dr. Manuel Carrageta	Portugal
Segundo Vicepresidente	Dr. Juan Rubiés-Prat	España
Secretario	Dr. José Emilio Fernández -Britto	Cuba
Vicesecretario	Dr. Juan Carlos Laguna	España
Tesorero	Dr. Jorge Torres Calvete	Uruguay
Vicetesorero	Dr. Luis Álvarez-Sala	España

Autoridades de la SOLAT

Presidente	Dra. Silvia Lissman	Uruguay
Vicepresidente	Dr. Jorge Solano	Paraguay
Secretario	Dr. Manlio Favio Blanco	México
Tesorero	Dr. Alejandro Díaz Bernier	Colombia
Coordinador Región Sur	Dr. Carlos González Infantino	Argentina
Coordinador Región Centro	Dr. Gustavo Márquez Salom	Colombia
Coordinador Región Norte	Dr. José Emilio Fernández Britto	Cuba
Fiscal	Dr. Mario Zubiato	Perú
Director Ejecutivo	Dr. Iván Darío Sierra Ariza	Colombia

Gentileza de:



Para sus productos:

PRELERTAN-D

Losartán 50 mg / Hidroclorotiazida 12,5 mg

“Supera con mayor facilidad el abismo entre eficacia y tolerabilidad”

Lipifen®

Atorvastatina Comprimidos 10 - 20 mg

“La estatina más eficaz en reducir el colesterol elevado”