

EDITORIAL

Editorial

Aterosclerosis

La aterosclerosis es un proceso lento que puede hacerse evidente en etapas tempranas de la niñez con la aparición de estrías lipídicas. La progresión de estas estrías a placas ateromatosas se produce durante todo el proceso de crecimiento, y la velocidad de presentación de dichas placas depende de diferentes factores de riesgo, tanto genéticos como ambientales.

El problema ha aumentado en forma progresiva en el último tiempo como consecuencia de un cambio drástico en el estilo de vida, la comida rápida y rica en grasa asociada a actividades sedentarias como la computadora, la televisión y los videojuegos que han determinado mayor incidencia de obesidad infantil, la cual a su vez lleva a resistencia a la insulina, y con ella todas sus consecuencias: mayor riesgo de hipertensión, dislipidemia y diabetes.

El porcentaje de obesidad infantil en los países en desarrollo ha aumentado de 5 – 10 % a 10 – 30 % de acuerdo a diversos estudios, en países latinoamericanos es similar, en Chile se habla de 25% en niñas y 10% en niños, y en general se dice de un incremento de hasta 4 veces en el porcentaje de obesidad infantil en la última década.

El riesgo de que la obesidad infantil se mantenga en la adultez es de 20% a los 4 años y 80% durante la adolescencia y, a diferencia de lo que pasa con los adultos, en adolescentes la obesidad es un importante predictor de riesgo de mortalidad por enfermedad cardiovascular.

La obesidad se define como un exceso en la producción de grasa corporal que en adultos se mide con el índice de masa corporal y en niños con el percentil 95 como criterio diagnóstico de obesidad, y el percentil 85 a 95 como sobrepeso.

En niños obesos el porcentaje de hipercolesterolemia es del 25 a 35%, donde el 90% de ellos es por malos hábitos de vida. El nivel de sedentarismo alcanza al 60% en la mayoría de estudios en niños de diferentes estratos sociales.

Todos estos factores en conjunto nos deben llevar a prestar mayor atención en nuestro medio a un problema cada vez mayor y que puede determinar un incremento importante en los problemas cardiovasculares en los siguientes años.

Los médicos familiares y los pediatras deben estar sensibilizados en relación al manejo de peso y la determinación de niveles lipídicos en niños, así como la anamnesis alimenticia,

La consigna es prevenir antes de encontrar las consecuencias de la enfermedad, y esta prevención será más efectiva si nos ocupamos de la salud nutricional desde la infancia. La obesidad es una enfermedad y debe ser entendida y tratada como tal.

DIRECTIVA

Presidente

DR. SAMUEL CÓRDOVA ROCA

Vicepresidente

DR. IGNACIO LÓPEZ

Secretaria General

DRA. REBECA MURILLO

Tesorera

DRA. MOIRA IBARGUEN

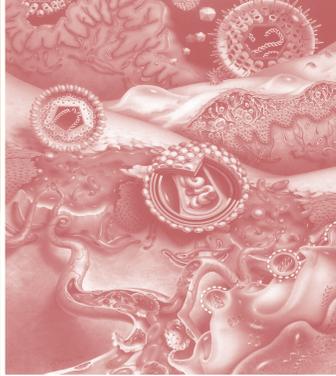
CONSEJO EDITORIAL

DR. SAMUEL CÓRDOVA ROCA

DRA. ISABEL ELIANA CÁRDENAS G.

DR. IGNACIO LÓPEZ

Dra. Isabel Eliana Cárdenas



Resumen de la conferencia dictada por el Dr. Samuel Córdova Roca, FACP

en Cochabamba, Sucre y Santa Cruz los días 27, 28 y 29 de julio respectivamente

LDL colesterol, Cuánto Menos... Mejor?

Desde 1984, en muchos países del norte de Europa, Norte América y otras sociedades caucásicas industrializadas, la enfermedad cardíaca coronaria (ECC) es la causa número uno de muerte. La enfermedad cardiovascular esta asociada con niveles incrementados de colesterol total (CT). Otros factores de riesgo (FR) incluyen un incremento en la relación CT : HDL colesterol, hipertensión, fumar cigarrillos, exceso de peso, azúcar elevado, falta de ejercicio, estrés y anomalías ECG.

El estudio The Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT) midió niveles de colesterol y mortalidad a largo plazo en más de 350,000 hombres entre 35 a 57 años. El estudio mostró una continua y graduada relación de riesgo relativo de mortalidad versus niveles de colesterol.

Se ha establecido una fuerte asociación entre CT sérico alto tempranamente en la vida y eventos coronarios en la mitad de la vida.

En un reciente trabajo the Atherosclerosis Risk In Communities (ARIC) study evaluó la ocurrencia de eventos de ECC, sobre 10 años, en más de 12,000 participantes de edad media libre de ECC. El riesgo relativo de ECC era aproximadamente 2.5 veces mayor en el quintil mas alto comparado con quintil mas bajo en los hombres y 2.7 veces en las mujeres. El estudio concluyó que LDLc elevado está fuertemente asociado con riesgo incrementado de ECC mientras que HDLc está fuertemente asociado con riesgo disminuido de ECC.

Las líneas guía publicadas hace unos 4 años, establecen que hay que tratar de reducir el LDL colesterol a menos de 100 mg/dL en pacientes de riesgo alto (gente con ECC). Las líneas guía fueron cambiadas incluyendo gente con

diabetes, enfermedad vascular triple y enfermedad carotídea, bajo el concepto simple de tratar los pacientes de riesgo mas alto mas intensivamente. Los ensayos clínicos a gran escala han soportado la hipótesis lipídica, en consecuencia la terapia hipolipemiente, tanto en prevención primaria como secundaria de la enfermedad coronaria. En los diferentes estudios el LDLc, ha sido reducido entre un 25% a 38%, con disminución del riesgo relativo de ECC del 24% al 37%. Destaquemos que estos ensayos abarcaron una gran variedad de pacientes, personas que eran hipercolesterolémicas y de alto riesgo, y aquellas con un riesgo relativamente medio con valores de colesterol promedio (AFCAPS) o bajo el promedio (ASCOT). Por lo tanto disponemos de evidencias importantes respecto a la eficacia en la reducción de la concentración de lípidos en la prevención de eventos CV.

A pesar de la gran efectividad de las estatinas en bajar los lípidos, la mortalidad no cayó a cero. Esto llevo a los investigadores a la pregunta si los niveles blancos de LDLc fueron lo suficientemente bajos y que otros factores pueden influir en la morbilidad y mortalidad más allá de los lípidos.

En el Heart Protection Study (HPS), aún la población con niveles de LDLc menores a 100 mg/dL se beneficiaron con el tratamiento, la reducción proporcional en riesgo para eventos vasculares mayores fue similar que en los participantes que presentaban niveles mayores de LDLc.

Si una marcada reducción de los niveles de LDLc por debajo de 100 mg/dL pueda adicionalmente reducir el impacto de la enfermedad cardiovascular es controversial. En el estudio Arterial Biology for the

Investigation of the Treatment Effects of Reducing Cholesterol (ARBITER) se comparó el efecto de dos estatinas (pravastatina 40 mg/d y atorvastatina 80 mg/d) sobre el espesor íntima-media de carótida (CIMT). En conclusión una marcada reducción del LDLc (<100 mg/dL) con una estatina de alta potencia provee eficacia superior para regresión de la aterosclerosis a 1 año.

En el estudio REVERSAL (Reversal of Atherosclerosis with Aggressive Lipid Lowering) los pacientes fueron randomizados a recibir un régimen moderado hipolipemiente consistente en 40mg de pravastatina o un régimen intensivo hipolipemiente con 80 mg de atorvastatina y su efecto sobre el ateroma coronario y su progresión. En conclusión para pacientes con EAC, el tratamiento intensivo con atorvastatina redujo la progresión de la aterosclerosis coronaria comparado con la pravastatina.

Estudios recientes tales como Pravastatin or Atorvastatin Evaluation and Infection—Thrombolysis in Myocardial Infarction 22 (PROVE IT-TIMI 22)¹¹ han mostrado que niveles blanco menores de LDLc, particularmente en personas de alto riesgo (pacientes con síndrome coronario agudo reciente), proveen mayor protección contra muerte o evento CV que el régimen estándar. Así mismo las personas que han tenido los mas bajos niveles de LDL y los mas bajos niveles de PCR tenían el máximo beneficio.

El recientemente publicado Treating to New Targets (TNT) recluto aproximadamente 10,000 pacientes con ECC. Pacientes tratados a diferentes metas comparando una meta convencional de LDL c de menos de

100 mg/dL con una meta más agresiva de LDL c de menos de 75 mg/dL. Las intervenciones usadas fueron atorvastatina 10 mg/día versus atorvastatina 80 mg/día. El nivel medio de LDLc alcanzado fue de 77 mg/dL durante el tratamiento con atorvastatina 80 mg/día y 101 mg/dL en el grupo con atorvastatina 10 mg/día.

Comparado con el grupo recibiendo atorvastatina 10 mg/día, el grupo tratado con 80 mg/día alcanzó un 22% de reducción relativa en el resultado primario compuesto. Estos resultados indican que el uso de terapia intensiva con atorvastatina para reducir niveles de LDLc debajo de 100 mg/dL puede tener beneficios clínicos en pacientes con enfermedad cardíaca coronaria estable.

La relación log-lineal entre niveles de LDLc y riesgo de ECV demostró la correlación entre aumento en LDLc e incremento de riesgo de ECV; los datos sugieren que por cada 30 mg/dL de cambio en el LDLc, el riesgo relativo para ECC cambia proporcionalmente en aproximadamente 30%.

Infelizmente, al presente, la mayoría de los pacientes de riesgo alto no están recibiendo ni dieta ni drogas. El despistaje sistemático para identificar a los pacientes de riesgo alto y su seguimiento metódico para implementar dieta, modificaciones del estilo de vida, y drogas para bajar el LDLc, deberán llevar a beneficios significativos en la prevención de eventos de enfermedad de arteria coronaria.

Antes la aterosclerosis era considerada una consecuencia inevitable e irreversible del envejecimiento. Ahora, esta reconocida que comienza a edad temprana y es una condición tratable y prevenible.

Resúmenes de Temas Presentados en Sesiones de ASOBAT

1. Tabaquismo y Riesgo Cardiovascular

Dr. David Navia M.

La enfermedad cardiovascular tiene importancia como factor determinante de la calidad de vida de las personas adultas y continúa siendo la primera causa de muerte a nivel mundial.

Es relevante destacar los factores de riesgo cardiovascular por su importancia en las acciones preventivas.

Los principales factores de riesgo no modificables son el sexo, edad y antecedentes familiares y entre los factores modificables están

los niveles de colesterol total y LDL colesterol altos, niveles de HDL colesterol bajos, tabaquismo, hipertensión arterial, diabetes y tipo de alimentación. El principal factor de riesgo es el tabaquismo, es el factor de riesgo cardiovascular mas importante, con la característica que debería ser el mas fácil de evitar. El fumar o estar expuesto al humo del tabaco daña la pared interna de las arterias, permitiendo el depósito de colesterol en ellas.

Se sabe que fumar de uno a 5 cigarrillos día incrementa el riesgo de infarto de miocardio

en un 40 %, con 10 cigarrillos al día el riesgo es del 80 % y con 20 cigarrillos día el riesgo se incrementa a 120 %. En personas menores de 40 años que fuman el riesgo de enfermedad cardiovascular es el doble que en personas de edad avanzada.

El mecanismo por el que el tabaco puede producir enfermedad cardiovascular es a través de la nicotina que desencadena la liberación de adrenalina y noradrenalina que producen daño endotelial, además de alteraciones en la coagulación, agregación plaquetaria y au-

mento en los niveles de LDL colesterol con disminución del HDL colesterol.

Diferentes estudios muestran una población importante de fumadores en Japón, España y Alemania tanto en hombres como mujeres.

Es importante actuar agresivamente con nuestros pacientes en recomendar modificaciones del estilo de vida implementando una dieta saludable, dejando el cigarrillo y aumentando la actividad física.

2. Alcohol y riesgo cardiovascular

Dra. Rebeca Murillo U.

¿Beber o no beber?, es la pregunta que nos hacemos como médicos y como pacientes todos los días.

Conocemos los efectos deletéreos que el consumo excesivo de alcohol, más de cinco bebidas al día, tiene sobre el organismo; desde enfermedades relacionadas al alcoholismo, directa e indirectamente, hipertensión arterial, arritmias cardíacas, cardiopatía isquémica, hasta algunas formas de cáncer.

Sin embargo numerosos estudios epidemiológicos han reportado una relación directa entre el consumo moderado de alcohol y una disminución en el riesgo de enfermedad cardiovascular, aparentemente todo está relacionado con la cantidad. Se atribuye al

alcohol propiedades antiinflamatorias y antioxidantes, aumenta los niveles séricos de HDL colesterol, actúa favorablemente en la disminución de la agregación plaquetaria y otros parámetros de la coagulación ofreciendo de esta manera una acción cardioprotectora.

Estudios prospectivos en diferentes grupos poblacionales con seguimiento hasta de doce a quince años reportan en sus resultados una franca relación entre el consumo moderado de alcohol y una disminución en el número de infartos de miocardio reportados durante el seguimiento, especialmente si este hábito se relaciona a dejar de fumar, ejercicio y dieta sana.

El "consumo moderado", ¿como lo cuantificamos? Se dice moderado con un

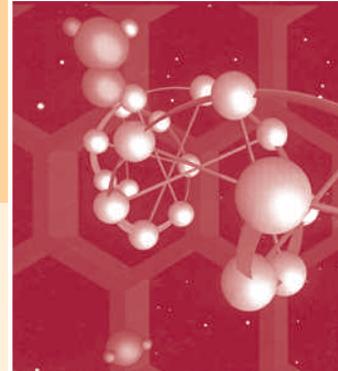
consumo de 10 a 30 g /día. Una lata de cerveza (355mL) contiene 12.8 g de alcohol, una copa de vino (118ml) contiene 11g de alcohol y una medida de otra bebida (whisky, ron), contiene 14g de alcohol. Por lo tanto el consumo debería ser alrededor de dos bebidas cada día o por lo menos tres veces por semana.

Entre otros efectos beneficiosos del alcohol en dosis moderadas, se lo ha relacionado con la disminución de riesgo de demencia y de enfermedad de Alzheimer. Aparte de su efecto sobre la agregación plaquetaria, se le atribuye una acción directa sobre la liberación de acetilcolina sobre el hipocampo lo cual a su vez facilita el aprendizaje y la memoria.

Sin embargo, no todo es positivo con el alcohol, otras publicaciones muestran que su consumo en cantidades mayores a las recomendadas ya sea en forma crónica y/o esporádica tiene efectos nocivos sobre el organismo.

Así que nuevamente nos hacemos la pregunta ¿beber o no beber? ¿A que pacientes recomendamos esta medida? Estas son situaciones que no están descritas en los textos y que no se pueden aplicar en forma rutinaria en todos los casos. Son decisiones que se deben tomar en forma individual con cada paciente tomando en cuenta sobre todo factores socioculturales e incluso económicos.

Eventos para recordar



2005

19 al 21 de septiembre	27 Congreso Argentino de Medicina Interna. Plaza Hotel. Buenos Aires, Argentina
18 al 22 de septiembre	4th World Congress of Pediatric Cardiology and Cardiac Surgery. Buenos Aires - Argentina • www.pccs.com.ar ; pccs@congresosint.com.ar
21 al 25 de septiembre	VIII Congreso de la Sociedad Latinoamericana de Aterosclerosis. SOLAT. Acapulco, México. Informes: Dr. Manlio F. Blanco
2 al 5 de octubre	Venice Arrhythmias 2005* Venice - Italy • www.venicearrhythmias.org ; info@venicearrhythmias.org
29 oct-1 noviembre	6th International Congress On Coronary Artery Disease. Istanbul - Turkey www.kenes.com/cad6 ; coronary@kenes.com
12 noviembre	ABC 10th Annual Congress on the Treatment of Cardiovascular Diseases (evento de un día) Dallas, TX - USA
13 al 16 de noviembre	Scientific Sessions AHA 2005 Dallas, Texas - USA • www.americanheart.org ; sessions@heart.org
19 al 22 de noviembre	1st African Meeting on Hypertension Yaounde* - Cameroon • www.ifhafrika.org ; ifhafrika@yahoo.fr
19 al 23 de noviembre	XX Congreso Interamericano de Cardiología y XXIV Congreso Nacional de Cardiología. Cancun - Mexico. • www.smcardiologia.org.mx/www.soinca.org ;
29 nov-2 diciembre	XLII Congreso Chileno de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Pucón. Chile
1 al 4 de diciembre	15th Asian Pacific Congress of Cardiology Mumbai - India • kumaranil122@vsnl.com

2006

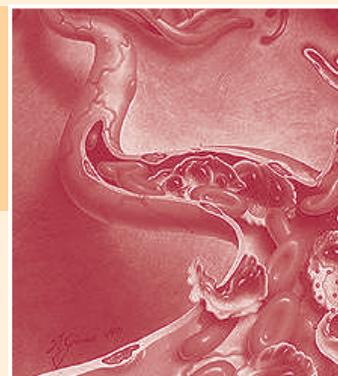
XXVIII Congreso Internacional de Medicina Interna. 2006
Taipei - Taiwan
www.icim2006-taipei.org.tw

2008

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

Nuestra actividad

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



20/07/05	Tabaquismo y riesgo cardiovascular.	Dr. David Navia
17/08/05	Alcohol y riesgo cardiovascular.	Dra. Rebeca Murillo
21-24/09/05	Congreso SOLAT.	Acapulco, México

VIII Congreso Internacional de Aterosclerosis de la SOLAT VII Congreso Internacional de Aterosclerosis de la SILAT XIV Convención Nacional Colegio Mexicano de Bariatría

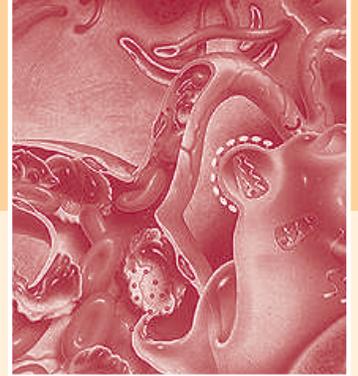
21 al 25 de septiembre 2005
Hotel Copacabana, Acapulco, México

La delegación boliviana que participará en estos eventos está integrada por los siguientes socios de ASOBAT

- Dr. Samuel Córdova Roca y Sra.
- Dra. Rebeca Murillo U.
- Dr. David Navia M y Sra.
- Dra. Wilma Salinas



Transportadora oficial de la delegación boliviana



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”