

EDITORIAL

Editorial

La Obesidad, un Problema que va en Aumento

La gran pandemia metabólica que se ha apoderado de prácticamente todo el mundo representa un verdadero reto para el profesional de la salud que se enfrenta a ella.

No solo por lo complejo de su etiología en donde convergen situaciones que caracterizan la multifactorialidad de la enfermedad, situaciones que para el clínico quedan fuera de control; además del intrincado panorama fisiopatológico que conlleva el proceso de "obesificarse" que determina el comportamiento clínico del obeso metabólicamente sano o con alteraciones metabólicas que convergen en el Síndrome Cardiometabólico.

El hecho de que el tejido adiposo se halla recontextualizado como órgano de secreción interna; que el adipocito sea una célula con múltiples secreciones endocrinas, parácrinas y autocrinas; las evidencias de la intervención de estas adipocinas entre las que destacan hormonas como la Leptina y su real influencia en el control del apetito, la Lipasa de Lipoproteína, la apoLipoproteína E y su acción definitoria en el metabolismo de los lípidos, la secreción de moléculas con acción angiogénica y protrombótica como Angiotensinogeno y PAI-1; así como, citocinas inflamatorias como TNF α e IL6 que intervienen directamente en la instalación de la resistencia a la insulina perpetuada por la Resistina: obligan al tratante a replantear las estrategias de estudio y de control que hasta ahora habíamos protocolizado.

Aunado a esto nos enfrentamos al grave problema de nuestra América en donde la situación socio-económica nos plantea un devenir de la enfermedad diferente, esto es: la obesidad en la pobreza.

El comportamiento del obeso sin recursos es diferente al del obeso con alto poder adquisitivo, el modo de vida, la nutrición y el estilo de vida nos plantean situaciones altamente difíciles para el correcto manejo del enfermo.

El reto del profesional de la salud del siglo XXI es enfrentar a este nuevo depredador con un paradigma diferente ubicando al paciente en su contexto real, enfrentándolo con programas integrales pero integradores y desde luego desarrollando experiencias de manejo terapéuticas regionales que nos permitan ofrecer un control a largo plazo racional y efectivo. Se debe priorizar el cambio del estilo de vida en un marco de realidad, se deberán implementar tratamientos médicos y medicamentosos que estén al alcance de todos y desde luego debemos crear un cambio de actitud ante la enfermedad que comienza por el mismo profesional.

¡Este es el Reto!

Prof. Dr. Manlio F. Blanco Cantero
Instituto Mexicano de Enseñanza e Investigación en Medicina
Presidente de la SOLAT

DIRECTIVA

Presidente

Dr. Samuel Córdova Roca

Vicepresidente

Dr. Ignacio López

Secretaria General

Dra. Rebeca Murillo

Tesorera

Dra. Moira Iburguen

CONSEJO EDITORIAL:

Dr. Samuel Córdova Roca

Dra. Isabel Eliana Cárdenas G.

Dra. Karina Chavarria

Dr. Félix Loza Chacón

CONSEJO EDITORIAL INTERNACIONAL

Dr. Manlio Blanco *México*

Dr. Manuel Carrageta *Portugal*

Dra. María Teresa Chiang *Chile*

Dr. José Emilio Fernandez *Cuba*

Dr. Francisco Fonseca *Brasil*

Dra. Gloria Larrabure *Perú*

Dra. Silvia Lissman *Uruguay*

Dr. Fernando Olguin *México*

Dr. Emilio Ros *España*

Dr. Iván Darío Sierra *Colombia*

Dr. Jorge Solano *Paraguay*

Dr. Pedro Tessone *Argentina*

Dr. Hermes Xavier *Brasil*

Dr. Adolfo Zavala *Argentina*



El síndrome metabólico (SM) predice eventos cardiovasculares (CV) en pacientes hipertensos

Andreadis EA, Tsourous GI, Tzavara CK, Georgiopoulos DX, Katsanou PM, Marakomichelakis GE, Diamantopoulos EJ. *Am J Hypertens* 2007; 20: 558–564

Los pacientes hipertensos están particularmente en riesgo alto de eventos CV y mortalidad si ellos también tienen el SM.

Los autores investigaron 1007 individuos hipertensos siguiendo los criterios para SM del National Cholesterol Education Program–Adult Treatment Panel III (NCEP-ATP III). La incidencia de eventos CV fatal y no fatal fueron seguidos durante un periodo medio de 2.1 años, encontrando una prevalencia del SM del 42.1%

Los pacientes que tenían al menos tres componentes del síndrome, así como hipertensión, tuvieron el riesgo más alto de eventos CV.

"Este riesgo adicional puede ser explicado por

el componente individual del síndrome en asociación con otros aspectos no rutinariamente medidos del SM, tales como estrés oxidativo, incremento de LDL colesterol pequeño, e hiperinsulinemia," sugieren los autores.

De estos pacientes, 33.7% tenían un componente de SM en adición a hipertensión, 24.8% tenían dos componentes, 13.7% tenían tres componentes y 3.6% tenían cuatro componentes.

Durante el seguimiento la frecuencia de eventos por 1000 personas-año fue para eventos cardiacos, 31.0% en pacientes con SM versus 21.3% en aquellos sin SM, 25.5% versus 13.7% para eventos cerebrovasculares, y 55.4% versus 35.4% para total de eventos CV.

El riesgo incrementado fue particularmente evidente en pacientes con tres o cuatro componentes del SM en adición a hipertensión. Estos pacientes tenían 3.00, 2.59 y 2.26 veces mas probabilidad a sufrir eventos cardiacos, cerebrovascular y CV respectivamente, que los pacientes con solo hipertensión.

Los autores concluyen, que " el SM es un predictor significativo de morbilidad y mortalidad CV. La agrupación de tres o más componentes de SM en adición a la hipertensión reconoce a una población de aun mayor riesgo CV independientemente de otros factores de riesgo tradicionales" El manejo agresivo de ambos FR, metabólicos e HAS puede reducir el riesgo CV en pacientes hipertensos con SM.

Espesor Íntima-Media de Carótida (CIMT) en Aterosclerosis usando Pioglitazona (CHICAGO trial)

El estudio CHICAGO fue un estudio prospectivo, randomizado, doble ciego, comparativo, reclutando 462 diabéticos tipo 2 con una edad media de 60 años con una duración media de la diabetes de 7.7 años, una media de HbA1c de 7.4% que fueron randomizados a recibir pioglitazona 15-45mg día o glimepirida 1-4 mg día durante un periodo de 18 meses. El CIMT fue evaluado basal, a los 5.5 meses, 9 meses y 18 meses de tratamiento. El punto final primario era cambio absoluto en media de pared posterior CIMT desde basal a la visita. Un punto final secundario fue cambio absoluto en el maximum CIMT.

Después de 18 meses de tratamiento, la media absoluta de CIMT disminuyó en el grupo pioglitazona en 0.001 mm, mientras que CIMT incrementaba en 0.012 mm en el grupo glimepirida, representando una diferencia total

en los grupos de tratamiento de -0.013 mm (95% CI, -0.024 a -0.002; p=0.02). Similarmente, el maximum absoluto CIMT incrementaba en el grupo pioglitazona en 0.002 mm mientras incrementaba por 0.026 mm en el grupo glimepirida, representando una diferencia total en los grupos de tratamiento de -0.024 mm (95% CI, -0.042 to -0.006, p=0.008).

El control glicémico (HbA1c) fue similar en los dos grupos. Los efectos sobre los otros parámetros metabólicos incluyendo una reducción absoluta de triglicéridos en 16% (p<0.001) así como un incremento en HDL colesterol (HDL-C) de 6.4% (p<0.001) en el grupo de pioglitazona comparado a glimepirida. Adicionalmente, LDL colesterol (LDL-C) incrementaba en casi 5% en aquellos que tomaban pioglitazona comparado a glimepirida aunque no fue estadísticamente significativa.

El grupo pioglitazona gano en promedio 7 lb (3.2 kg) mientras aquellos que tomaban glimepirida ganaban solo 2.2 lb (1.0 kg). No hubo cambios significativos en la presión arterial.

En conclusión, la pioglitazona parece ser al menos tan eficaz como otras medicaciones hipoglicémicas en enlentecer la progresión de la aterosclerosis en pacientes diabéticos tipo 2 cuando se utiliza CIMT como un marcador sucedáneo. Adicionalmente, la pioglitazona en pacientes diabéticos relativamente "sanos" parece segura y no parece estar asociada con un riesgo incrementado de falla cardiaca. Si las TZDs son superiores a otras clases de medicaciones hipoglicémicas con relación a protección cardiovascular aún no ha sido determinado.

Meta-análisis sugiere que la rosigitazona incrementa riesgo de infarto de miocardio y muerte CV

Steven E. Nissen, M.D., and Kathy Wolski, M.P.H. *N Engl J Med* 2007 (publicado online)

Resultados de un meta-análisis publicado en el New England Journal of Medicine sugiere que la droga para la diabetes rosigitazona incrementa el riesgo de infarto de miocardio (IM) y muerte cardiovascular (CV).

El meta-análisis fue conducido por los investigadores de la Cleveland Clinic in Ohio, USA, Steven Nissen y Kathy Wolski, incluían últimos estudios de al menos 24 semanas, aleatorizados y con grupo control que no recibía rosigitazona, con resultados para IM y Muerte CV.

Los 42 estudios identificados incluían un total de 15,560 pacientes con una edad promedio de 56 años y un nivel medio basal aproximado de Hb A1c de 8.2 %, asignados a regimenes

que incluían rosigitazona y 12,283 pacientes control para comparar tratamientos con regimenes que no incluían rosigitazona o a placebo.

El análisis de los datos reveló que la rosigitazona estaba asociada con un incremento significativo del riesgo de IM comparado con el grupo control, con un odds ratio (OR) de 1.43 (p=0.03). Hubo también una incrementada probabilidad de muerte CV asociada con rosigitazona (OR=1.64), pero esta fue solo de significancia límite (p=0.06).

Los autores concluyen: "Hasta que estimaciones mas precisas del riesgo CV de este tratamiento pueda ser delineado en pacientes con diabetes, los pacientes y proveedores deberán

cuidadosamente considerar los riesgos potenciales de la rosigitazona en el tratamiento de la diabetes tipo 2."

La FDA respondió a la publicación del estudio con una emisión de alerta de seguridad, proporcionando la información surgida a los médicos y ellos deben hablar con los pacientes acerca de la alternativa de medicación hipoglicémica sobre bases individuales.

La compañía dijo continuar trabajando estrechamente con autoridades reguladoras y médicos, manteniendo a ellos completamente informados para que tomen las mejores decisiones para los pacientes basados en la seguridad y beneficios de la medicina.



Resumen de Conferencia presentada en el VII Congreso Boliviano de Medicina Interna (Sucre 30 de mayo al 2 de junio 2007)

1. Lupus Eritematoso Sistémico y Síndrome Metabólico

Dr. Rubén Peredo*

El patrón de mortalidad en 81 pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) mostraba dos diferentes picos. El primero se caracterizaba por aquéllos que fallecían muy temprano, a causa de complicaciones del mismo LES y por enfermedades infecciosas, ambas asociadas con el uso de dosis elevadas de glucocorticoides (GC) (prednisona ~ 50 mg/día), y el segundo pico, que se presentaba en pacientes con LES con un promedio de 8.5 años de duración, asociado a ~ 10mg/día de prednisona y caracterizado por presentar manifestaciones de enfermedad aterosclerótica isquémica, especialmente infarto de miocardio.

Los reportes de Framingham describen a los pacientes con LES con un riesgo mayor para el desarrollo de hipertensión arterial sistémica (HAS) de 2.59 (1.79–3.75) y de diabetes mellitus 2 (DM2) de 6.00 (1.36–6.53) veces más que los controles. Además pacientes con LES tenían en promedio los factores de riesgo (FR) para la aterosclerosis, de 1.01 frente a 0.72 en los controles ($p=0.0014$). Esto se atribuyó en parte a las dosis acumuladas de GC, asociadas a complicaciones a largo plazo, con un riesgo relativo de 1.7 (1.2 - 2.3) para la enfermedad coronaria aterosclerótica y de 1.5 (1.0 – 2.3) para el surgimiento de DM2, ajustado para la edad, sexo, raza y dosis promedio de GC de 36.5 g. El perfil lipídico de los pacientes con LES es francamente aterogénico (elevaciones de VLDL, triglicéridos, homocisteína y relación cintura/cadera) lo que predispone aún más al desarrollo de aterosclerosis.

El síndrome metabólico (SM) caracterizado por la hiperinsulinemia y compuesto por varios FR de acuerdo a la definición utilizada (OMS, que incluye la resistencia a la insulina (RI) o el ATPIII del

NCEP), se asocia con mayor frecuencia en el LES frente a controles, de acuerdo a la población estudiada, en 38% (Puerto Rico), 29.4% (EEUU) y 18% (Reino Unido). De los FR, aquéllos componentes del SM que con mayor frecuencia están presentes son la HAS (51-59%), la hipertrigliceridemia (56.4%), HDL-C bajo (80.8%) y el aumento de cintura (91%) en pacientes puertoriquenos.

Cabe destacar que no sólo esta asociación se deba a los factores mencionados, sino más bien que aquellos pacientes con LES activo también tienen un riesgo mayor para desarrollar SM. Entre las características clínicas se destacan la hematuria con un OR de 2.1, insuficiencia renal (2.8), trombocitopenia (3.8), dolor de espalda crónico (2.0), IMC aumentado (1.2), la medida de actividad del lupus – SLAM - (del inglés systemic lupus erythematosus disease activity measurement) (1.2) y el daño acumulado (SDI) (1.2). De los marcadores de laboratorio la hipercolesterolemia en pacientes con LES predispone al SM en 2.9 y la velocidad de eritrosedimentación (VES) en 2.0 veces.

El ejercicio es protector en 60%, sin embargo el uso de prednisona, especialmente a dosis medias (10-60 mg), azatioprina y estatinas también tienen un riesgo del SM en el LES, 3.7, 1.9 y 2.3 veces más, respectivamente. No es sorpresa, pues que en el LES la sensibilidad a la insulina sea menor, especialmente asociada a los GC y que este grupo de pacientes con RI tengan mayor HAS y proteinuria, y que correlacionen también con los componentes ateroscleróticos como el IMC y el LDL-C oxidado.

Más aún, aquéllos pacientes con LES y algún

evento cardiovascular previo tienen el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α) asociado más alto y a la vez mayores niveles de triglicéridos de presión arterial sistólica, VES y de la relación cintura cadera. El TNF- α interfiere directamente con el efecto estimulador de la insulina en la captación de la glucosa.

Otro factor aterogénico se origina con la disminución de adiponectina sérica, hormona de origen lipídico y correlacionada de forma indirecta con la RI y el IMC. Aquellos pacientes con LES activo y la presencia de anticuerpos anti-PCR presentan mayor frecuencia de los anticuerpos anti-dsDNA, C3-bajo, nefritis activa y anticuerpos anti-cardiolipina y de lupus anticoagulante, explica también las propiedades aterogénicas en esta enfermedad. De aquéllos con LES y obesidad la inflamación es mayor todavía, medida por elevaciones de IL-6 sérica y PCR, y por un peor estado funcional de salud (cuestionario de la salud , HAQ adaptado para el lupus).

En conclusión, el LES se asocia con mayor frecuencia con el SM caracterizado por la RI; ambas patologías constituyen un estado inflamatorio crónico que repercute con mayor severidad en la RI; existen varios componentes del SM asociados con el LES; marcadores de inflamación se asocian con mayor RI; y la obesidad sumada al LES y al SM crean un ambiente inflamatorio más severo. Por ello, las medidas preventivas contra el SM para evitar el proceso aterosclerótico en pacientes con LES deben ser igual de agresivas que en pacientes con enfermedad cardíaca coronaria o DM.

*Internista Reumatólogo. Miembro titular de la Sociedad Boliviana de Medicina Interna y de ASOBAT

Conferencias ASOBAT



Resúmenes de Conferencias presentadas en Sesiones de ASOBAT

1. Dilemas Éticos en Medicina

Ac. Dr. Eduardo Aranda Torrelío*

INTRODUCCIÓN

La práctica de la medicina se fundamenta en la aplicación del conocimiento científico, del desarrollo de destrezas y habilidades, manteniendo respeto permanente al paciente, su familia y la misma sociedad; en ese marco el médico es un profesional con alta responsabilidad frente a la salud y la enfermedad, a la vida y a la muerte, aplicando

principios filosóficos como la Axiología, Epistemología, Deontología y la Gnoseología.

Por otra parte, la conducta de ese profesional se desenvuelve bajo valores morales que identifican los problemas médicos con equidad y respeto a los derechos del paciente.

Acá surge la vigencia de una disciplina dinámica

por el desarrollo permanente de la tecnología cual es la Bioética; esta ciencia tiene innumerables definiciones y en un contexto general descansa en la aplicación de reglas de valor y de moral frente a los problemas médicos.

La Bioética se desenvuelve bajo cuatro valores comunes y trascendentes: la autonomía permitiendo decisiones libres al paciente, la

beneficencia para una atención óptima a estos pacientes, la no – maleficencia en la perspectiva de evitar todo daño involuntario y la justicia mediante la provisión de los mayores recursos para la salud.

Asimismo, esos valores bioéticos son preceptos morales que respaldan decisiones que provienen de: valores comunales y culturales correspondientes a la sociedad y a la comunidad, así como valores del paciente como el factor más importante. Justamente la Bioética descansa en estos últimos valores y no se basa en una sola creencia religiosa ni obedece a leyes exclusivas. La Ética describe los valores centrales y pertinentes a una profesión, lo cual incluye el vínculo con pacientes, colegas, empresas farmacéuticas e instituciones de salud.

FUNDAMENTOS DE LOS DILEMAS ÉTICOS

Un dilema ético es aquel que surge cuando hay conflicto en dos o más valores equiparables; el médico se enfrenta así a una condena pública si actúa frente a ese conflicto y tampoco se libera de esa sanción si se exime de tomar una decisión; infelizmente en medicina es imperativo encontrar una solución al dilema, siendo inaceptable el no actuar por temor o confusión circunstancial.

En la práctica se plantean dilemas en cada una de las especialidades clínico – quirúrgicas y los ejemplos son innumerables, tales como:

1. Mantener viva a una persona aunque la calidad de su vida sea muy pobre.
2. Defender la decisión moral de la eutanasia versus “dejar a bien morir”.
3. Adoptar una conducta pasiva ante un accidentado moribundo.
4. Educar a novicios que trabajen en unidades de emergencias.
5. Definir medidas iniciales ante catástrofes naturales.

6. Brindar consuelo frente al alejamiento del paciente y sus familiares.

Ya con mayor precisión podría utilizarse un ejemplo en la especialidad de Cardiología considerando que tradicionalmente la psoriasis merece una atención preferencial en Dermatología con su clasificación en tres grados según su severidad, con las variantes: leve, moderada y grave. Sin embargo, los expertos informan en años recientes que hay un alto riesgo de compromiso cardiovascular (hasta en el 50% de casos) en esa entidad siendo imperativo excluir tal complicación, para definir un tratamiento localizado o sistémico. El mayor riesgo se da en pacientes con psoriasis y trastornos coronarios, miocarditis, diabetes mellitus-2, hipertensión arterial y dislipidemia, observando una tendencia actual hacia una terapia sistémica que incluye a un inhibidor del factor-alfa-de necrosis tumoral: etanercept.

ANÁLISIS Y CONDUCTA ANTE UN DILEMA ÉTICO

En esta situación prevalecerán los valores del paciente frente a los del médico, así como la autonomía del paciente versus la beneficencia del médico; como el dilema ético se constituye en problema se admitirá que median conflictos de valores, de comunicación y de intereses. Luego se evaluará la cronología de los hechos, la causalidad y condicionantes del dilema y los protagonistas involucrados (paciente, médico, familia, sociedad). A continuación se impone el análisis de los contrastes que surgen de ambos conflictos, con la percepción de todo fenómeno intercurrente y el control constante de las emociones.

Posteriormente y reconocido cierto dilema ético se determinará la pregunta principal que descansa en: actuar o no actuar. Como la responsabilidad del médico no admite

morosidad en el tiempo tendrá que determinar el curso de su acción o inacción.

Por otra parte y para resolver ese dilema se plantearán interrogantes-clave como: Quién adopta las decisiones, cómo serán hechas las determinaciones y qué valores serán utilizados para aplicar esas decisiones. Ahí puede intervenir una resolución arbitral, la mediación de experto(s), la intervención de comités multidisciplinarios y/o la intervención de la justicia.

PREVENCIÓN DE CONFLICTOS ÉTICOS

Aunque algún médico presuma que jamás se enfrentará a un conflicto ético, es innegable que ello podrá enfrentar en cualquier instante de su práctica profesional y por ello surge la inquietud por prevenir esa vivencia conflictiva. En esa perspectiva es probable que reduzca ese riesgo si ejerce con algunas recomendaciones válidas según el caso en particular, incluyendo lo siguiente:

1. la idoneidad y humildad en sus actos médicos.
2. consistencia y coherencia en sus decisiones
3. respeto permanente a los derechos del paciente, su familia y la misma colectividad
4. honestidad en su desenvolvimiento profesional
5. veracidad en sus manifestaciones conductuales
6. tolerancia con el prójimo al que asista en toda circunstancia.

Finalmente, esa conducta y proceder será la mas recomendable en la aspiración ideal y constante de evitar todo conflicto ético y así prevenir simultáneamente una mala praxis.

**Presidente Academia Boliviana de Medicina. Miembro Titular ASOBAT*

2. Diabetes e Hipertensión

*Dr. Félix Loza Chacón**

Los criterios actuales (JNC VII-WHO/ISH), definen a la hipertensión arterial (HTA) a partir de los 140 mmHg de presión sistólica y 90 mmHg de presión diastólica para los adultos mayores de 18 años, e introducen la necesidad de estratificar el riesgo del hipertenso según exista, diabetes o nefropatía, disminuyendo la expectativa de los valores objetivo para disminuir el riesgo cardiovascular.

Considerada una verdadera epidemia mundial, la prevalencia de HTA aumenta dramáticamente con la edad, pudiendo llegar a más del 50% en los mayores de 60 años; considerándose como parte del curso natural del envejecimiento humano.

La situación se agrava cuando pensamos que una proporción importante de estos pacientes no tienen diagnóstico y de los diagnosticados, un bajo porcentaje se encuentra adecuadamente controlado o tiene alguna comorbilidad, como la diabetes mellitus tipo 2 (DM2).

La evidencia clínica y epidemiológica nos ha mostrado que existe una relación recíproca entre las posibilidades de desarrollar HTA y DM2. Por una parte, la incidencia de DM2 entre los hipertensos es de un 29,1 por 1000 individuos/año, contra un 12 por 1000/individuos

año entre los normotensos. Estas cifras significan un riesgo relativo del 2,43. Y de manera inversa la prevalencia de HTA en DM2 es tres veces superior a la población normal. La HTA se presenta en el 20-40% de los pacientes con tolerancia alterada a la glucosa, en un 30-50% de los pacientes con DM2 y en el 40% de los DM tipo 1 y sería la responsable de un 75% de las complicaciones y mortalidad cardiovascular. Es decir que la DM2 predispone a la aparición de HTA y ésta, a su vez, facilita el desarrollo de aquella.

El contexto en el que se presenta la HTA difiere según consideremos la DM tipo1 o la tipo 2: En la tipo 1 habitualmente se asocia a la presencia de nefropatía diabética en un 30-40% de los pacientes. En la DM2 la situación se presenta de manera diferente, habitualmente la HTA precede en ocasiones por varios años, a la aparición de la DM2. En estos pacientes la microalbuminuria (MAU) es un buen marcador del riesgo cardiovascular, y puede anteceder al diagnóstico de la diabetes y estar presente en los pacientes con tolerancia alterada a la glucosa o con antecedentes familiares de la enfermedad.

Además de la secuencia relatada, la presencia de HTA, dificulta el control metabólico de la

DM2, y ésta requiere de cifras mas bajas para disminuir los riesgos cardiovasculares; en particular si el paciente ha desarrollado nefropatía.

Esta relación es tan estrecha, que el tratamiento de la hipertensión con descensos muy discretos de las cifras (10 mmHg de sistólica/5 mmHg de diastólica), pueden alcanzar a disminuir no solo la mortalidad total, sino la mortalidad CV, los eventos cerebrovasculares; todos los puntos finales en relación a la diabetes, las muertes por diabetes, enlenteciendo la progresión de la enfermedad microvascular (fundamentalmente la retinopatía), y mejorando la agudeza visual.

Asimismo el adecuado control de la glucemia prevendría el daño renal, y este sería uno de los elementos de mayor importancia en la prevención de enfermedad cardiovascular.

Debido a la contundente evidencia de la coexistencia de ambas patologías y el innegable beneficio del control de una cuando se hace una apropiada aproximación de la otra, el manejo de la presión arterial en éste grupo poblacional debe centrarse en la presencia o no de deterioro renal; y en ausencia de proteinuria, se debe evitar su aparición o retardarla cuando menos.

Si la MAU ya se ha instalado, la regresión o el evitar su progresión debe ser nuestra meta a seguir; en este sentido los esquemas terapéuticos son controversiales, los beta bloqueantes por ejemplo aumentan las posibilidades de la aparición de DM2 de reciente comienzo hasta en un 28%, lo cual no ocurre con el uso de IECAS, ARA II ni de calcioantagonistas. Los diuréticos en general, pueden alterar el tenor de la glicemia y/o de los

lípidos; los calcioantagonistas tienen contraindicación en caso de enfermedad cardíaca isquémica activa; los IECAS y ARA II se deben restringir en diabéticos con tasas de filtración glomerular muy bajas.

El manejo del hipertenso diabético, o del diabético hipertenso requiere por tanto de una individualización para que idealmente la diversidad

de factores de riesgo deban ser evaluados, y llevados lo mas cercanamente a valores normales; sin perder de vista el inequívoco hecho que el común denominador de todos éstos desórdenes es la resistencia a la insulina.

**Miembro Fundador de ASOBAT. Miembro Titular de la Sociedad Boliviana de Medicina Interna*

3. Rosiglitazona y Riesgo Cardiovascular

*Dra. Isabel E. Cárdenas**

La Rosiglitazona pertenece a un grupo de medicamentos denominados tiazolidinedionas o glitazonas que actúan sobre los receptores PPAR γ y modifican la expresión de ciertos genes relacionados con el metabolismo de los hidratos de carbono y las grasas.

Este grupo de medicamentos nació como una promesa para el manejo de la hiperglicemia y, como consecuencia, de las complicaciones tanto micro como macrovasculares secundarias a ésta. En 1999 la rosiglitazona fue aprobada por la FDA (Food and Drug Administration) para su uso clínico y desde entonces se presentaron numerosos estudios que mostraban los beneficios del medicamento, con reducción de la hemoglobina glicosilada A1c (HbA1c) de 1 a 1,5% y efecto mantenido en el tiempo de seguimiento. Posteriormente, este mismo medicamento fue reconocido como protector de las células beta, con preservación de la función de las mismas y retraso de hiperglicemia, como demostró el estudio DREAM, que reveló disminución de riesgo de diabetes en 60 %, mantenido tras la suspensión del medicamento.

Muchos estudios mostraban además efectos positivos sobre factores de riesgo cardiovascular (CV), como disminución de la PCR, disminución del PAI-1, mejoría de la presión arterial, de la microalbuminuria, disminución de la resistencia insulínica con modificación significativa del índice HOMA y disminución de la glicemia de ayuno. Todos estos efectos, asociados al hecho de que el estudio UKPDS demostró que la disminución de un 1% de la Hb A1c disminuía los infartos en un 14%, las apoplejías en un 12% y la enfermedad vascular periférica en un 43% hizo que se considerara a las glitazonas, y entre ellas a la rosiglitazona, como efectivas en la protección CV. Sin embargo, las glitazonas mostraron aumento del colesterol total y LDL -C con disminución de HDL C y triglicéridos, se decía que la LDL aumentada era en base a LDL grande y no oxidada y que disminuía la LDL pequeña y aterogénica, también se demostró aumento de peso pero sin modificación del perímetro de cintura, por lo que se atribuyó a redistribución de peso y a retención hídrica.

Ninguno de estos estudios fue diseñado para evaluar la protección CV, excepto el estudio Pro Active, un estudio doble ciego, de seguimiento a 4 años y usando pioglitazona que mostró una reducción de 10% de riesgo relativo en los pacientes usuarios del medicamento.

Recientemente se publicó un meta análisis de los Drs. Nissen y Wolski quienes tomaron 42 de 116 estudios con rosiglitazona, con un tiempo de seguimiento de 24 a 52 semanas. Excluyeron todos aquellos estudios que no reportaban muerte CV o infartos y concluyeron que rosiglitazona se asociaba a un significativo

incremento del riesgo de infarto de miocardio, con un aumento de riesgo de muerte CV con una significancia borderline en el estudio estadístico. Este meta análisis llevó a mucha controversia, ya que se referían a un riesgo de inicio relativamente temprano, y atribuían el mismo tanto a la modificación de los lípidos determinada por el uso de medicamentos, a aumento del volumen plasmático y por lo tanto a incremento en el gasto cardíaco y en el consumo de O₂, además de la disminución de la hemoglobina, inicialmente determinada por hemodilución. Este análisis tiene varias limitaciones, primero el corto tiempo de duración y número pequeño de pacientes en los estudios, la exclusión de estudios que no reportaron infartos o muertes CV que podría modificar los resultados estadísticos, el uso de los datos publicados y no directamente los datos del estudio, la poca consistencia en la definición de infarto de miocardio y la incapacidad de definir la dosis relacionada a los infartos ni el tiempo de duración del tratamiento en relación a los eventos CV. Llama la atención la aprobación de este y otros medicamentos por la FDA antes de realizar estudios fase 4, lo que determina el uso clínico de medicamentos no comprobadamente seguros para los pacientes, y que a pesar de la solicitud de completar dichos estudios hasta el 2003 (5 años luego de su aprobación), éstos no habían sido presentados.

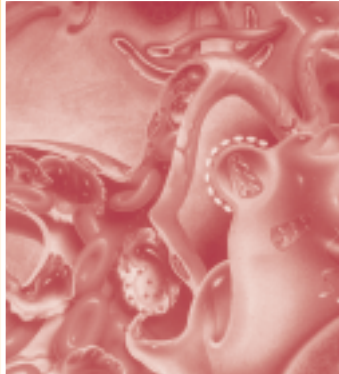
Inmediatamente después se publicaron los datos iniciales del estudio RECORD, planificado para evaluar el riesgo CV de rosiglitazona a 5 años de seguimiento. Estos datos no mostraron diferencia en la presencia de eventos CV o mortalidad CV en los primeros tres años, aunque se comprobó lo que otros estudios ya mostraron, el incremento al doble del riesgo de insuficiencia cardíaca.

En conclusión, no podemos asegurar que la rosiglitazona produzca incremento en el riesgo de eventos o mortalidad CV, excepción hecha para insuficiencia cardíaca congestiva, por lo que deberá usarse con cuidado en pacientes con esta patología o en alto riesgo de presentarla y con seguimiento cercano. El uso de este medicamento, deberá ser considerado por el médico en cada caso en forma individual hasta obtener mayores datos, probablemente con el reporte final del estudio RECORD.

Pienso que aún no puede considerarse esta droga como de riesgo y estaremos pendientes en relación a los efectos colaterales de la misma ya que el beneficio de esta familia de medicamentos en el control glicémico y otros datos ya mencionados, son reales e importantes. Cada paciente deberá ser evaluado en forma independiente en relación al riesgo-beneficio del uso de la droga.

** Miembro Titular de la Sociedad Boliviana de Medicina Interna, Endocrinología y ASOBAT*





Actividad

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:

18/04/07	Dilemas Éticos en Medicina	Dr. Eduardo Aranda
16/05/07	Diabetes e hipertensión	Dr. Félix Loza
20/06/07	Rosiglitazona y Riesgo Cardiovascular	Dra. Isabel E. Cárdenas

Eventos

Eventos para recordar



2007

8 al 11 de Junio	19ª Clínica Nacional de Lípidos, Organizada por la División de Lípidos y Diabetes de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia en asocio con SOLAT y SILAT. Hotel Suites Jones. Bogotá, Colombia. Informes: Prof. Dr. Iván Darío Sierra sysco79@yahoo.com
14 al 17 de junio	21ª Clínica Nacional de Diabetes. Organizada por la División de Lípidos y Diabetes de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia en asocio con SOLAT y SILAT. Hotel Suites Jones. Bogotá, Colombia. Informes: Prof. Dr. Iván Darío Sierra sysco79@yahoo.com
21 al 23 de junio	IX Congreso Internacional de Aterosclerosis de la SOLAT Hotel Holiday Inn Trade Center. México DF. Informes: Dr. Fernando Olguín C. solatmexico@att.net.mx
22 al 26 de junio	67th Scientific Sessions of the American Diabetes Association Chicago, IL, USA
28 al 30 de junio	III Curso Internacional de Obesidad, Nutrición y Factores de Riesgo Cardiovascular. Hotel Los Delfines. Lima, Perú
9 al 11 de agosto	I Congreso Panamericano de Aterosclerosis - SOLAT/SILAT/SBC-DA, Campos de Jordao – Brasil. Informes: Prof. Dr. Francisco Fonseca Fonseca@cardiol.br www.ascongressos.com.br/atheros
17 al 19 de agosto	XXXIV Congreso Argentino de Cardiología. Buenos Aires Sheraton Hotel. Buenos Aires, Argentina
7 al 11 de septiembre	62 Congreso Brasileiro de Cardiología Transamérica Expo Center. Sao Paulo, Brasil

17 al 21 de septiembre	43rd Annual Meeting of the European Association for the Study of Diabetes Ámsterdam, Holanda
18 al 20 de octubre	Congreso de la Sociedad Española de Cardiología Madrid, España
12 al 16 de noviembre	XIII Congreso Latinoamericano de Diabetes (ALAD) Palacio de las Convenciones. La Habana, Cuba
24 al 28 de noviembre	XXV Congreso Nacional de la Sociedad Mexicana de Cardiología Veracruz, México.
26 al 28 de noviembre	VI Congreso ATEROBAF (Aterosclerosis Obesidad y Actividad Física) SOLAT. Varadero, Cuba. Inscripciones e Informes solatmexico@att.net.mx
29 de noviembre al 1 de diciembre	I Congreso Latino Americano de Hipertensión y Obesidad Hotel Intercontinental. Río de Janeiro, Brasil

2008

18 al 21 de mayo	XVI Congreso Mundial de Cardiología. Predio La Rural. Buenos Aires, Argentina
16 al 20 de septiembre	XXVIX Congreso Mundial de Medicina Interna. Hotel Sheraton. Buenos Aires, Argentina
23 al 25 de octubre	X Congreso Internacional de la SILAT, Congreso de la Sociedad Portuguesa de Aterosclerosis Hotel Tivoli Marinotel, en Vilamoura (Algarve), Portugal Informes: Prof. Dr. Manuel Carrageta mcarrageta@mail.telepac.pt

Fundación Escuela para la Formación y Actualización en Diabetes y Nutrición (FUEDIN)

Presidente: Dr. Adolfo Zavala Universidad de Buenos Aires
Actividades de Formación Profesional Continua
Programadas, continuas, con certificación de horas

1. EPROCAD: Curso de Capacitación, Formación y Actualización en Nutrición y Diabetes.

Dos años de duración (presencial ó a distancia). Incluido con el curso Revista y acceso al Portal de FUEDIN. 640 horas. Créditos según actividades presenciales, otras actividades, aprobación parciales, final on line ó presencial. Cuatro módulos, comienzan en agosto y marzo de cada año.

2. Portal en nutrición y diabetes. www.fuedin.org

3. Revista EPROCAD (Suscripción Anual) se edita cuatrimestralmente, con 120 páginas. Consiste en actualizaciones, pautas de diagnóstico y tratamiento, con un enfoque práctico sobre nutrición, diabetes, pie diabético y factores de riesgo de la aterosclerosis. (puede suscribirse a ambos: portal y revista).

4. Carrera de Médicos Especializados en Nutrición: Título de especialista de la UBA. Dos años de duración. Apertura años pares.

400 h año. 29-30 y 31 de marzo. 3-4 y 5 de mayo. 31 de mayo, 1 y 2 de junio. 5-6 y 7 de Julio. 2-3 y 4 de agosto. 6-7 y 8 de septiembre. 4-5 y 6 de Octubre. 1-2 y 3 de Noviembre.

5. Publicaciones: Manual de Nutrición y Diabetes, 2002. Guías de Nutrición y Diabetes, 2004. Temas de Nutrición y Diabetes, 2005

Otras Actividades:

Curso Anual de Actualización en Nutrición y Diabetes. Para médicos y nutricionistas. Viernes de 9 a 22 horas y sábado de 8 a 14 horas.: 27 y 28 de Abril. 29 y 30 de Junio. 28-29 Septiembre. 30 Noviembre y 1 de Diciembre. Escuela de Postgrado. Facultad de Medicina. Universidad del Salvador. Coordinador: Dr. Santiago Rivera. Secretarías: Dras. Sonia Hermida, Mariana Novo y Alejandra Oviedo. 120 horas anuales.

Clínicas Teórico Prácticas de Pie Diabético. Para el equipo de salud. Viernes de 16 a 22 y sábado de 8 a 13 horas. Se pueden hacer ambas ó en forma separada, pero son diferentes temas. A: 8 y 9 de Junio. B: 19 y 20 de Octubre. Escuela de Postgrado. Facultad de Medicina. Universidad del Salvador. Coordinador: Dr. Adolfo Zavala. Secretarías: Dras. Marta Allub y Mariana Novo.

Asamblea de Delegados de la SOLAT – 2007

Resumen del Acta

Ciudad de México, 21 de Junio de 2007

A las 16:30 horas en el Salón de Juntas de Hotel Holiday Inn Trade Center de la ciudad de México en el marco del IX Congreso de la SOLAT, se da inicio a la Asamblea de Delegados de la Sociedad Latinoamericana de Aterosclerosis (SOLAT).

ORDEN DEL DIA

1. Verificación del Quórum
2. Informe del Presidente
3. Elección de las autoridades de la Sociedad
4. Elección del Director Ejecutivo
5. Elección de la Sede del X Congreso y XI de la SOLAT
6. Propositiones y varios

DESARROLLO:

1. El Director Ejecutivo informa que hay Quórum valido para deliberar

Asistentes:

Bolivia: Samuel Córdova Roca	Cuba: José Emilio Fernández-Britto
Brasil: Hermes Xavier	Alfredo Nassiff Hadad
Colombia: Alejandro Díaz Bernier	México: Manlio Blanco
Iván Darío Sierra Ariza	Paraguay: Jorge Solano
	Uruguay: Silvia Lissman

2. INFORME DEL PRESIDENTE

La Dr. Manlio Fabio Blanco Cantero informa sobre las distintas actividades que se realizaron durante su Presidencia

Se creó la Asociación Mexicana para el Estudio de la Aterosclerosis, la cual en este momento cuenta con 250 miembros activos.

- Un evento en La Paz; Bolivia en coordinación con ASOBAT
- Ocho eventos en Brasil con la coordinación del Dr. Hermes Xavier
- Tres eventos en La Habana, Cuba en coordinación con SOCUBAT
- Tres eventos en México en coordinación con AMEXSEAT
- Un evento en Lima con la coordinación de APOA

Se creó la Distinción Especial LEALTAD A SOLAT, documento que le fue otorgado al Prof. Dr. Iván Darío Sierra Ariza y al Dr. Manlio F Blanco

2a. Informe del Director Ejecutivo

Se firmó un documento importante con la Asociación Argentina de Aterosclerosis (AAA), donde la misma se compromete a trabajar en colaboración con la SOLAT y ser su filial en dicho país.

Se colaboró con los distintos países en el desarrollo de distintas actividades muchas de ellas relacionadas en el informe del Presidente.

Argentina: Asociación Argentina de Aterosclerosis y Sociedad Argentina de Diabetes. Realizada en la ciudad de Buenos Aires el 25 de abril de 2006

Congreso de la Federación Argentina de Cardiología. Simposio FAC y AAA en Mendoza del 24 al 26 de mayo de 2007

Bolivia: Curso Internacional de Actualización en el manejo del paciente con Diabetes. Organizado por la Sociedad Boliviana de Medicina Interna y la Asociación Boliviana de Aterosclerosis (ASOBAT), realizado en La Paz del 23 al 25 de abril de 2007.

Colombia: Seis Clínicas de Diabetes y Seis Clínicas de Lípidos
Dos Cursos Internacionales de Actualización y Formación en Diabetes.

México: V Curso de Cardiometabolismo. Organizado por la Asociación Mexicana de Cardiometabolismo. Realizado en la ciudad de Tampico, México del 20 al 22 de julio de 2006.

Paraguay: Congreso Paraguayo de Medicina Interna. Simposio SOLAT-SILAT. Organizado por la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna y la Sociedad Paraguaya de Aterosclerosis. Realizado en la ciudad de Asunción, Paraguay del 26 al 30 de abril de 2006.

Perú: II Curso Internacional de Obesidad, Nutrición y Aterosclerosis. Organizado por la Asociación Peruana de Obesidad y Aterosclerosis (APOA) Realizado en la ciudad de Lima, Perú del 28 de junio al 1 de julio de 2006

Portugal: Sociedad Portuguesa de Aterosclerosis (SPA) Simposio de Factores de Riesgo Cardiovasculares, realizado en la ciudad de Aveiro, Portugal 24 de junio de 2006.

XIV Congreso Portugues de Aterosclerosis. Organizado por la Sociedad Portuguesa de Aterosclerosis (SPA). Vilamoura, Algarve, Portugal del 26 al 28 de octubre de 2006.

3. ELECCIÓN DE LAS AUTORIDADES DE LA SOCIEDAD

Se elige por unanimidad al Dr. Hermes Xavier para la Presidencia del periodo 2007-2009.

El Dr. Hermes Xavier manifiesta que se siente complacido por la confianza y espera durante su gestión contribuir al crecimiento de la sociedad. y se compromete a organizar la Sociedad de Aterosclerosis en Brasil y acercar a Brasil en forma importante a la SOLAT.

El Dr. Sierra propone la siguiente lista para ocupar los distintos cargos:

Vice-presidencia: Dr. Jorge Solano López (Paraguay)
Secretario: Dr. Lo designará el Presidente en Brasil
Tesorero: Dr. Lo designará el Presidente en Brasil
Coordinador Región Sur: Dr. Jorge Torres (Uruguay)
Coordinador Región Centro: Dr. Samuel Córdova (Bolivia)
Coordinador Región Norte: Dr. José Emilio Fernández-Britto (Cuba)
Fiscal: Dr. Manlio Fabio Blanco Cantero

4. ELECCIÓN DE LAS PROXIMAS DOS SEDES PARA CONGRESO

Se eligen los siguientes países
Brasil para el año 2009 • Paraguay para el año 2011

5. ELECCIÓN DEL DIRECTOR EJECUTIVO

El Dr. Hermes Xavier manifiesta que la Dirección Ejecutiva debe desaparecer y transformarse en un Secretariado Ejecutivo representado por tres personas, lo cual permitiría mayor volumen de trabajo y poder realizar todas las actividades necesarias actualmente para el crecimiento de la SOLAT como una pagina web, las guías sobre Aterosclerosis, educación continua, etc.

El Dr. Sierra manifiesta que no esta de acuerdo, que una buena parte de su tiempo útil, lo ha invertido para que la comunicación sea la mejor posible pero no se ha dado una buena retroalimentación, todos los Presidentes se comprometieron en la Asamblea anterior a hacer reportes cada tres meses de actividades y novedades y solo algunos Presidentes lo hicieron, que la Dirección Ejecutiva es necesaria para conservar a través del tiempo la memoria histórica de la Sociedad y transformarla en un grupo de tres diluye las responsabilidades.

Que se opone a que desaparezca la Dirección Ejecutiva y expresa que esa decisión no se puede tomar en esta Asamblea, porque eso significa hacer una Reforma de los Estatutos la cual debe realizarse en una Asamblea Extraordinaria convocada para tal fin.

Después de una larga discusión se acuerda hacer un análisis de los Estatutos y que cada país discuta la propuesta de Reforma de los Estatutos para posteriormente en una Asamblea Extraordinaria hacer todas las modificaciones que sean necesarias.

El Dr Córdoba Roca propone la reelección del Dr. Sierra hasta la modificación de los estatutos esta propuesta es aceptada por unanimidad

6. PROPOSICIONES Y VARIOS

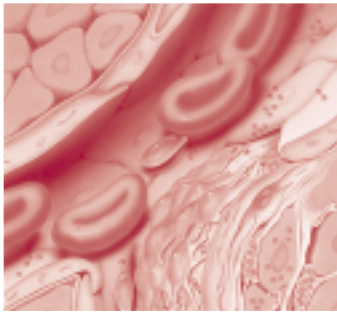
1. El Presidente entrante Dr. Hermes Xavier propone y es aceptada la creación de un Grupo Asesor que denomina Secretariado Ejecutivo: conformado por:

- Iván Darío Sierra Ariza
- José Emilio Fernández-Britto
- Manlio Favio Blanco Cantero

2. Apoyar la publicación del Boletín Informativo ATEROMA de ASOBAT que permita una buena comunicación entre los miembros y adecuada difusión de la SOLAT. Hay acuerdo unánime entorno de la propuesta.

3. Los Presidentes de cada país serán parte del Directorio. Se aprueba por unanimidad

A horas 19:00 horas se da por terminada la reunión.



Anexo

Autoridades de la SILAT

Presidente Dr. Manuel Carrageta Portugal	Vocales Dr. Jorge Solano (Paraguay)
Primer Vicepresidente Dr. José Emilio Fernández-Britto Cuba	Dr. Carlos Scherr (Brasil)
Segundo Vicepresidente Dr. Juan Rubies-Prat España	Dr. Hermes Xavier (Brasil)
Secretario Dr. Pedro Marques da Silva Portugal	Dr. Alejandro Díaz Bernier (Colombia)
Vicesecretario Dr. Samuel Córdoba Roca Bolivia	Dr. Manlio Favio Blanco (México)
Tesorero Dr. Armando Serra Cohelo Portugal	Dr. José Manuel Silva (Portugal)
Vicetesorero Dr. Jorge Torres Uruguay	Dr. Mario Espiga de Macedo (Portugal)
	Dr. Juan Pedro- Botet (España)
	Dr. Jesús Millan (España)

Autoridades de la SOLAT

Presidente Dr. Hermes Xavier	Brasil
Vicepresidente: Dr. Jorge Solano López	Paraguay
Secretario:	Brasil
Tesorero:	Brasil
Coordinador: Región Sur Dr. Jorge Torres	Uruguay
Coordinador Región Centro: Dr. Samuel Córdoba Roca	Bolivia
Coordinador Región Norte: Dr. José Emilio Fernández-Britto	Cuba
Fiscal: Dr. Manlio Blanco	México
Director Ejecutivo: Dr. Iván Darío Sierra Ariza	Colombia
Secretarios Ejecutivos: Dr. Iván Darío Sierra Ariza	Colombia
Dr. José Emilio Fernández-Britto	Cuba
Dr. Manlio Blanco	México

Gentileza de:



Para sus productos:

Lipifen®

ATORVASTATINA 10-20 mg

La Estatina más eficaz en reducir el Colesterol Elevado

PRELERTAN®

losartán

Nimus Retard

BEZAFIBRATO

Aleja efectivamente el riesgo de Enfermedad Cardiovascular

Ravalgen

CLOPIDROGEL 75 mg

“Seguridad Antitrombótica Superior”