

EDITORIAL

Editorial

Sobrepeso y obesidad..... un problema serio a afrontar

El sobrepeso y la obesidad se han convertido en una verdadera epidemia en el mundo occidental e integran lo que se denomina el *síndrome de la civilización*, que se caracteriza por un incremento de la enfermedad arteriosclerótica, la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la dislipidemia. La propagación de la epidemia de obesidad a un número de países cada vez mayor y las tasas aceleradas de aumento en los últimos años preocupan a los especialistas en salud pública. En su *Informe Sobre la Salud en el Mundo 2002*, la Organización Mundial de la Salud (OMS) clasificaba a la obesidad entre los 10 riesgos principales para la salud en todo el mundo.

La epidemia se ha documentado muy bien y se ha estudiado ampliamente en los Estados Unidos, donde ya desde comienzos de los sesenta, casi la mitad de los norteamericanos tenía exceso de peso y más del 13% era obeso. Hoy en día, alrededor del 64% de los adultos de los Estados Unidos tiene sobrepeso y el 30.5% es obeso. En las Américas, Canadá sigue a los Estados Unidos, ya que el 50% de los adultos tiene sobrepeso y el 13.4% es obeso. Los datos de Argentina, Colombia, México, Paraguay, Perú y Uruguay muestran que más de la mitad de su población tiene sobrepeso y más del 15% es obeso. La bibliografía de salud pública referente a la epidemia de "globesidad," cada día más voluminosa, no culpa principalmente a las personas, sino a la globalización y al desarrollo, y considera que la pobreza es un factor que agudiza la situación. En lo que los expertos llaman la "transición nutricional," las sociedades en todo el mundo se están alejando de sus alimentos y métodos de preparación tradicionales, para consumir alimentos procesados y producidos industrialmente, que suelen ser más ricos en grasas y calorías, y contener menos fibras y oligoelementos. En general, los alimentos comercializados masivamente son cada vez más baratos, y los alimentos frescos son cada vez más caros. Los pobres se ven obligados a comer alimentos menos saludables, debido a sus recursos limitados.

En Bolivia según la cifras proporcionadas por la *Asociación Boliviana para el Estudio de la Obesidad* respecto a la población urbana de la ciudad de La Paz el 10.5% de los varones y el 27.8% de las mujeres padecen de obesidad, mientras que en Santa Cruz de la Sierra los valores son 29.3% y 40.6% respectivamente. De tal manera, se sabe que el promedio de obesidad en las ciudades de El Alto, La Paz, Santa Cruz y Cochabamba es de 23.4% en los varones y del 29.8% en las mujeres. Sin embargo en una reciente encuesta del servicio de medicina primera del hospital de clínicas de La Paz, aún no publicada, el 67 % de la población encuestada tenía sobrepeso u obesidad. Estamos ante un gran desafío que nosotros y nuestras autoridades de Salud debemos asumir con la mayor responsabilidad y desmitificar el concepto que aun persiste en nuestra población que "niño o persona gorda es niño o persona saludable".

Dra. Karina Chavarria

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.

Dra. Karina Chavarria

Dr. Ignacio López

El Rimonabant, una ayuda para disminuir el peso y corregir el Síndrome Metabólico

JAMA 2006;294:761-775,826-828.

El Rimonabant es un bloqueador selectivo del receptor cannabinoide-1, que puede reducir el peso corporal y mejorar los factores de riesgo cardiometabólicos en pacientes que tienen sobrepeso u obesidad.

En un estudio randomizado, doble ciego, placebo controlado de 3045 obesos adultos (IMC >30) o sobrepeso (IMC >27 y con hipertensión o dislipidemia tratada o no tratada), F. Xavier Pi-Sunyer y col, del St. Luke's-Roosevelt Hospital in New York, determinaron cambio en el peso corporal el primer año y prevención para reganar peso durante el segundo año. Otras medidas consideradas fueron cambios en

la circunferencia de cintura, niveles de lípidos y otros factores de riesgo. Los pacientes fueron aleatorizados a recibir placebo o rimonabant 5 mg/día o 20 mg/día durante un año. Después fueron rerandomizados a recibir placebo o continuar recibiendo la misma dosis de rimonabant mientras que el grupo placebo continuaba recibiendo placebo durante el segundo año.

Después de un año, la proporción de sujetos que alcanzaron al menos un 5% de pérdida de peso fue de 48.6% para los tratados con 20 mg, 26.1% para 5 mg y 20.0% para los que recibieron placebo.

Aquellos que continuaron con rimonabant 20 mg mantuvieron una media de pérdida de peso del basal de 7.4 kg, mientras que los asignados al placebo reganaron mas que su previa pérdida de peso. La respuesta al tratamiento con 5 mg durante el segundo año no fue significativamente diferente del grupo placebo.

Los tratados con rimonabant por 1 año mostraron aumento de HDL colesterol y niveles reducidos de insulina en ayunas. Los de 20mg también mostraron reducción en los niveles de triglicéridos y en la circunferencia de cintura, y no

tuvieron incremento de resistencia a la insulina como se observó en los grupos placebo y de 5 mg.

El Rimonabant fue en general bien tolerado; el efecto adverso mas común relacionado con la droga fue nauseas (11.2% para 20 mg de rimonabant vs 5.8% para el grupo placebo).

Los autores concluyeron que el tratamiento con 20 mg/d de rimonabant mas dieta por 2 años produjo modesta pero sostenida reducción en el peso y circunferencia de cintura y cambios favorables en los factores de riesgo cardiometabólicos.

Resúmenes de Conferencias Presentadas en Sesiones de ASOBAT

1. Riesgo Cardiovascular (CV) Global en Pacientes Diabéticos.

Dr. Samuel Córdova Roca, FACP

Los pacientes con diabetes mellitus (DM) son hospitalizados por problemas cardiovascular, renal, neurológico y oftalmológico el doble que los no diabéticos. Las complicaciones CV acontecen en más del 75% de las hospitalizaciones de los diabéticos.

Si tenemos enfermedad cardiaca coronaria (ECC) estamos en la categoría de riesgo más alta. Hay también equivalente de ECC para personas que tienen enfermedad CV aterosclerótica pero que no han experimentado un evento coronario. Las condiciones que han sido declaradas como equivalentes de ECC incluyen enfermedad arterial periférica, aneurisma de aorta abdominal, y enfermedad sintomática de arteria coronaria. Si es diabético, ser tratados como si hubiesen tenido un evento. Múltiples FR que den a 10 años un riesgo mayor del 20% es considerado como equivalente de riesgo de ECC.

En base a los clásicos factores como la edad, HDL, CT, presión arterial y tabaquismo del Framingham Heart Study, se han desarrollado modelos de riesgo multivariado y modelos de predicción, obteniendo un valor cuantitativo de la probabilidad de padecer un evento coronario a los diez años. En Europa se utiliza el SCORE individualizado para poblaciones de alto como de bajo riesgo. Despres propuso lo que llamaba la tríada metabólica

aterogénica, consistente de hiperinsulinemia, elevada apolipoproteína (apo) B, e incremento de partículas pequeñas y densas de LDL. Estos 3 FR no tradicionales comparados con los FR tradicionales (LDL, TGC y HDL), tuvieron de lejos un mayor valor predictivo. Se ha sugerido que como un sucedáneo para esta tríada aterogénica, medir la circunferencia de cintura y triglicéridos. La circunferencia de cintura es un buen sucedáneo para insulina y apo B y los triglicéridos son un buen sucedáneo para LDL pequeño y denso.

En el ATP III, el panel elevó la DM sin evidencia clínica de enfermedad coronaria (EAC) al nivel de equivalente de riesgo de EAC. Esta decisión fue basada en la evidencia que la DM aun sin establecida EAC estaba asociada con un riesgo incrementado para eventos coronarios, similar al de la gente con establecida EAC. En las actualizaciones del ATP III (2004), el panel catalogó a la gente con DM y EAC establecida en una nueva categoría de pacientes de riesgo muy alto, para quienes fue recomendado un agresivo descenso de LDL-C con un blanco opcional de <70 mg/dL.

Los FR mayores de hipertensión, dislipidemia, diabetes y tabaquismo pueden llevar a ECV por disfunción endotelial y un resultante proceso inflamatorio que genera el desarrollo de la placa aterosclerótica.

Hay evidencia que si bajamos los niveles de glucosa en gente con diabetes se reduce el riesgo de enfermedad CV.

En relación a la hipertensión se ha demostrado que la terapia antihipertensiva reduce los eventos CV el doble que en los no diabéticos. El blanco de PA es <130/80 mmHg, el beneficio del control de la PA es crítico en pacientes con diabetes.

En adición, gente con DM comúnmente tiene una tríada de anormalidades lipídicas conocida como dislipidemia diabética. Este desorden incluye la presencia de TGC altos, bajo HDLc y LDL pequeño y denso. Sin embargo se identifica al LDLc como el blanco primario de la terapia, el tratamiento con estatinas provee beneficios para pacientes con DM con o sin EAC y con LDLc elevado o normal.

La intervención multifactorial e intensiva de los FR en pacientes con DM produjo una significativa disminución en el riesgo de eventos CV frente al manejo convencional.

La evaluación del riesgo global determina la intensidad de la intervención y los estudios que actualmente están en curso están dirigidos a algunas de las preguntas para las que aun no tenemos respuesta. Hay esperanza que los resultados de estos estudios mejoraran nuestra conducta y que las futuras líneas guía nos ayudarán a hacer el tratamiento más efectivo, más extendido y más específico.

2. El Clínico y la Significancia Estadística

Dra. Karina Chavarria

A pesar de las limitaciones de la estadística, el término "estadísticamente significativo" invade la literatura médica y se percibe como una etiqueta que indicase "garantía de calidad". El considerar el término significativo implica utilizar términos comparativos de dos hipótesis. Es decir el propósito de toda investigación es contestar una pregunta y ello se hace mediante la prueba de hipótesis. Los test de hipótesis son test de significación estadística que cuantifican hasta que punto la variabilidad de la muestra puede ser responsable de los resultados de un estudio en particular. La Ho (hipótesis nula) representa la afirmación de que no hay asociación entre las dos variables estudiadas y la Ha (hipótesis alternativa) afirma que hay algún grado de relación o asociación entre las dos variables. Nuevamente la estadística nos muestra su utilidad ya que nos ayuda a tomar la decisión de que hipótesis debemos elegir. Pero para aceptarla o rechazarla, el investigador selecciona la prueba estadística adecuada (de acuerdo con el tipo de variable, la distribución de la misma, si existió una selección aleatoria de sujetos y si se cumplen los supuestos) Con estas pruebas se obtiene un resultado final que se expresa como probabilidad (p).

Pregunta de Investigación.

Para un investigador experimentado, las mejores preguntas surgen habitualmente a partir de los hallazgos y los problemas observados

en sus anteriores estudios, así como en los de otros investigadores que trabajan en su mismo campo.

Una buena forma de empezar es dominar la literatura publicada en torno a un área de trabajo determinada. Además de la literatura médica y de las sesiones bibliográficas como fuente de ideas para los temas a investigar, siempre resulta de gran ayuda la asistencia a congresos en los que se presenten trabajos recientes. Los comentarios sobre ellos durante la reunión pueden complementarse con conversaciones informales con otros científicos durante las pausas entre las comunicaciones.

Elección del diseño.

Elegir el diseño adecuado para el estudio es muy importante. Puesto que si no se elige el adecuado se pueden llegar a resultados falsos.

Selección de participantes.

En todo estudio se debe tener idea de los sujetos que no participan. En general la extrapolación de resultados a los no participantes solo es válida si los individuos que no se incluyen se parecen a los participantes.

Desequilibrio inicial entre grupos.

Siempre que se hagan comparaciones entre dos o más grupos se debe evaluar detenidamente si los sujetos eran similares al

inicio en todas las características relevantes. Un desequilibrio inicial puede hacer muy difícil la interpretación final de resultados.

Análisis de subgrupos.

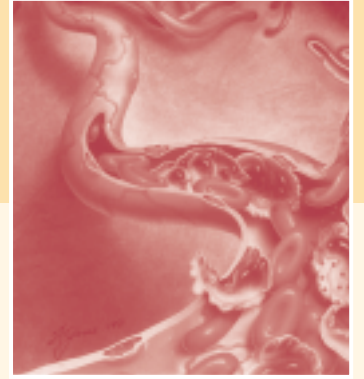
El análisis debe ser congruente con la pregunta de investigación, el diseño y la variable de interés. Es frecuente que surjan preguntas secundarias al momento del análisis y que alguna de ellas resulte significativa. Se debe tener mucha precaución para no sobrevalorar dichos hallazgos que pueden haber aparecido por azar. Es posible que estos resultados sean útiles para generar hipótesis que deben estudiarse en futuros trabajos especialmente diseñados para contestarlas.

Importancia clínica y estadística.

El médico clínico cuidadoso debe tener especial precaución en considerar todos los factores involucrados en el estudio, independientemente de que la "p" sea significativa. Entre los factores más importantes esta la posibilidad de tener sesgos en cualquier parte del estudio, evaluar si realmente hay diferencias o estas se deben al azar. Cuando el valor "p" es menor el clínico tiene más confianza en que el resultado no ocurra por azar, pero de ninguna manera lo excluye. El equilibrio de dicho hallazgo consiste en considerar si además hay importancia clínica. La importancia clínica es un juicio personal y quizá constituye lo más relevante para el clínico que toma decisiones para el tratamiento de pacientes.

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:

15/02/06	Evaluación de Riesgo CV global en diabéticos:	<i>Dr. Samuel Córdova Roca</i>
29/03/06	El clínico y la significancia estadística:	<i>Dra. Karina Chavarría</i>

Eventos

Eventos para recordar



2006

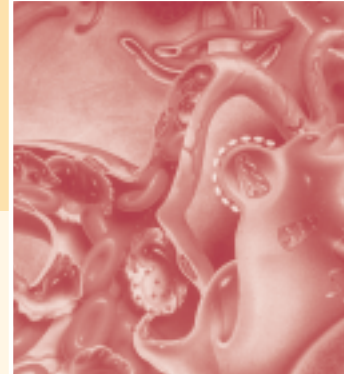
17 al 19 de marzo	XI Curso Internacional de Actualización y Formación en Diabetes Mellitus. Country International Hotel. Barranquilla – Colombia. Informes: Dr. Iván Darío Sierra; sysco79@yahoo.com.
26 al 29 de abril	VIII Congreso Paraguayo de Medicina Interna, XI Simposio del American College Physicians, II Simposio con la Universidad de Miami, Simposio de Diabetología, I Simposio de la SOLAT-SILAT Hotel Excelsior, Asunción - Paraguay. Informes: Dr. Jorge Solano-López; solanoj@pla.net.py.
10 al 13 de mayo	Jornada Latinoamericana de Medicina Interna. Jornadas Boliviano- Peruanas de Medicina Interna. XXII Curso del American College of Physicians. Hotel Los Tajibos, Santa Cruz – Bolivia. Informes: Dra. Rebeca Murillo; bequimu@yahoo.es Dr. Carlos Callaú; ccallau@promed.com.bo
14 al 17 de junio	Cardiostim 2006 Nice - France www.cardiostim.fr; cardiostim@wanadoo.fr
17 al 20 de agosto	16th World Congress of the World Society of Cardio-Thoracic Surgeons Ottawa – Canada www.wscts2006.org
2 al 6 de septiembre	XV World Congress of Cardiology Barcelona - Spain www.worldheart.org; congress@worldheart.org
3 al 8 de septiembre	10th International Congress on Obesity Sydney - Australia www.ico2006.com; enquiries@ico2006.com
27 al 30 de noviembre	VIII Congreso Internacional de la SILAT, FRATEROS 2006 La Habana – Cuba. Informes: Prof. Dr. José E. Fernández-Britto jfbritto@infomed.sld.cu

2007

9 al 11 de agosto	IX Congreso Internacional de la SOLAT, IX Congreso Internacional de la SILAT Campos de Jordao – Brasil. Informes : Prof. Dr. Francisco Fonseca Fonseca@cardiol.br
-------------------	---

2008

III Congreso Internacional de Medicina Interna 2008 - Buenos Aires - Argentina
X Congreso Internacional de la SILAT, X Congreso Internacional de la SOLAT Algarve – Portugal. Informes:
Prof. Dr. Manuel Carrageta



Para información a nuestros colegas interesados en pertenecer a ASOBAT

CAPITULO II Miembros de la Asociación

Artículo 4o

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

Artículo 5o

- 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 6º

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 7º

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. Manuel Carrageta	Portugal
Primer Vicepresidente	Dr. José Emilio Fernández-Britto	Cuba
Segundo Vicepresidente	Dr. Juan Rubies-Prat	España
Secretario	Dr. Pedro Marques da Silva	Portugal
Vicesecretario	Dr. Samuel Córdova Roca	Bolivia
Tesorero	Dr. Armando Serra Cohelo	Portugal
Vicetesorero	Dr. Jorge Torres	Uruguay

Vocales

Dr. Jorge Solano	(Paraguay)
Dr. Carlos Scherr	(Brasil)
Dr. Hermes Xavier	(Brasil)
Dr. Alejandro Díaz Bernier	(Colombia)
Dr. Manlio Favio Blanco	(México)
Dr. José Manuel Silva	(Portugal)
Dr. Mario Espiga de Macedo	(Portugal)
Dr. Juan Pedro- Botet	(España)
Dr. Jesús Millan	(España)

Autoridades de la SOLAT

Presidente	Dr. Manlio Favio Blanco	México
Vicepresidencia	Dr. Francisco Fonseca	Brasil
Secretario	Dr. Jorge Solano López	Paraguay
Tesorero	Dr. Alejandro Díaz Bernier	Colombia
Coordinador Región Sur	Dr. Jorge Torres	Uruguay
Coordinador Región Centro	Dr. Samuel Córdova Roca	Bolivia
Coordinador Región Norte	Dr. José Emilio Fernández-Britto	Cuba
Fiscal	Dra. Silvia Lissmann	Uruguay
Director Ejecutivo	Dr. Iván Darío Sierra Ariza	Colombia

Felicitaciones

Hacia el manejo práctico de la Diabetes Mellitus Tipo 2. (Tercera edición)

Durante el XI Curso Internacional de Actualización y Formación en Diabetes Mellitus realizado del 17 al 19 de marzo en el Country International Hotel de Barranquilla – Colombia se presentó la 3ra edición del libro de diabetes mellitus tipo 2 del Prof. Dr. Iván Darío Sierra Ariza y colaboradores. Una edición revisada y actualizada a 2006 y con la inclusión de seis nuevos capítulos, con la misma claridad y visión práctica de las anteriores ediciones. Ateroma felicita al Prof. Iván Darío y su grupo de colaboradores por esta valiosa contribución a la literatura médica latinoamericana.

Gentileza de:



Para sus productos:

NOLOTEN®

AMLODIPINA 10 mg • 5 mg

“Calcio antagonista de Protección Permanente”

Ravalgen

CLOPIDROGEL 75 mg

“Seguridad Antitrombótica Superior”

Nimus

Retard BEZAFIBRATO

El Perfil Normolipemiante Ideal

Repentil®

SIBUTRAMINA 10 y 15 mg

Efectivo agente que coadyuva en el tratamiento de la obesidad