

ATEROMA

BOLETIN OFICIAL DE LA SOLAT Y DE LA SILAT BAJO LA RESPONSABILIDAD
DE LA ASOCIACION BOLIVIANA DE ATEROESCLEROSIS

Diciembre 2007

asobat04@yahoo.com

Volumen 4 N°4

EDITORIAL

Editorial

DIRECTIVA ASOBAT

Presidente

Dr. Samuel Córdova Roca

Vicepresidente

Dr. Ignacio López

Secretaria General

Dra. Rebeca Murillo

Tesorera

Dra. Moira Iburguen

CONSEJO EDITORIAL ATEROMA

Dr. Samuel Córdova Roca

Dra. Karina Chavarria

Dr. Félix Loza Chacón

Dr. Rubén Peredo

CONSEJO EDITORIAL INTERNACIONAL

Dr. Manlio Blanco *México*

Dr. Manuel Carrageta *Portugal*

Dra. María Teresa Chiang *Chile*

Dr. José E. Fernandez-Britto *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*

A nuestros amigos Latinoamericanos.

Estimados amigos latinoamericanos, es muy grato compartir con ustedes lectores de ATEROMA, Boletín de la Asociación Boliviana de Aterosclerosis y de la Sociedad Latinoamericana de Aterosclerosis.

En primer lugar, quiero desearles un Próspero Año Nuevo e invitarlos a sumar esfuerzos para que nuestra Sociedad vea brillar sus intentos científicos en el 2008. Es con mucho gusto y honor que me dirijo a ustedes como Presidente de la SOLAT a través de este Boletín, fruto del esfuerzo de mis compañeros de Bolivia, que con sostenido empeño personal han logrado llevar a cabo este excelente boletín informativo, colaborando sin ninguna duda para el fortalecimiento y unidad de nuestra Sociedad.

En la lucha contra la Aterosclerosis la información sigue siendo una de las armas fundamentales. La historia nos muestra que acciones como esta siempre se hicieron realidad cuando se aunaron en el sueño los científicos latinoamericanos, hoy no es diferente. Es así como pensamos nosotros, como Directiva de SOLAT, y expresamos nuestro convencimiento de que ésta es una de las formas de comunicarnos, integramos y fortalecernos.

La página de SOLAT en la web está siendo elaborada y muy pronto lograremos tenerla disponible. Seguros de que ATEROMA cumple su tarea científica y que a cada edición los vínculos latinoamericanos son cada vez más estrechos, saludo a todos los lectores y doy gracias a la ASOBAT en nombre de la Sociedad Latinoamericana de Aterosclerosis.

Reciban mi fraternal abrazo

Prof. Dr. Hermes Toros Xavier

Doctor en Cardiología por la Universidad de São Paulo
Presidente de la Sociedad Latinoamericana de Aterosclerosis - SOLAT

*¡FELIZ
AÑO NUEVO!*



La Adiposidad Abdominal predice el Riesgo de Mortalidad en Mujeres Chinas

Xianglan Zhang, MD, MPH; Xiao-Ou Shu, MD, PhD; Gong Yang, MD, MPH; Honglan Li, MD; Hui Cai, MD, PhD; Yu-Tang Gao, MD; Wei Zheng, MD, PhD Abdominal Adiposity and Mortality in Chinese Women. *Arch Intern Med.* 2007;167:886-892.

La adiposidad abdominal incrementada ha sido ligada a aumento en mortalidad en poblaciones donde hay sobrepeso u obesidad, es poco claro si esto es cierto en poblaciones relativamente delgadas.

Los autores del Departamento de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Vanderbilt y del Departamento de Epidemiología, Shanghai Cancer Institute, Shanghai, China, examinaron la asociación entre relación cintura:cadera y mortalidad en el Shanghai

Women's Health Study, un estudio poblacional, de cohorte, prospectivo de mujeres Chinas entre 40 a 70 años, 95% de ellas tenían IMC de menos de 30.0.

Durante un seguimiento medio de 5.7 años, ocurrieron 1456 muertes. La relación cintura:cadera estaba positiva y significativamente asociada con mortalidad de toda causa, enfermedad cardiovascular y diabetes ($P < .01$ por tendencia). La asociación positiva parece ser más evidente en mujeres con un menor IMC.

Los riesgos relativos de mortalidad total comparando los quintiles extremos de la relación cintura: cadera fueron 2.36 (95% CI, 1.71-3.27), 1.60 (95% CI, 1.10-2.34), y 1.46 (95% CI, 0.97-2.20) para mujeres con un IMC de menos de 22.3, 22.3 a 25.1, y 25.2 o mayor, respectivamente.

Los autores concluyeron que la adiposidad abdominal independientemente predice riesgo de mortalidad, particularmente para mujeres no obesas.

ACC/AHA Update Guidelines for Unstable Angina, NSTEMI

El Colegio Americano de Cardiología (ACC) y la Asociación Americana del Corazón (AHA) han actualizado las Líneas Guía 2002 para el Manejo de Pacientes con Angina Inestable (UA)/ Infarto de Miocardio sin Elevación de ST (NSTEMI), introduciendo un número de recomendaciones para pruebas diagnósticas iniciales, elección y duración de la terapia antiplaquetaria, y nuevos anticoagulantes.

Las Líneas guía son publicadas online August 6, 2007 en el Journal of the American College of Cardiology y Circulation.

Perlas para la Práctica

• Para pacientes inestables y de riesgo alto con Angina Inestable/Infarto Miocardio sin elevación ST (UA/NSTEMI), es recomendada una estrategia invasiva temprana, pero para pacientes estabilizados con UA/NSTEMI y aquellos de riesgo bajo pueden al principio ser manejados conservadoramente con una prueba de esfuerzo, ecocardiograma o angiograma con radionucleidos.

• La terapia antiplaquetaria con clopidogrel 75 mg/día deberá darse por un año o más después de recibir un stent liberador de droga. El tratamiento deberá incluir aspirina (162 - 325 mg/día) por 3 meses o más después de la implantación de un stent liberador de sirolimus y por 6 meses después de la implantación de stent liberador de paclitaxel, luego continuar indefinidamente con dosis de 75 a 162 mg/día.

El Estudio ADVANCE muestra que el Tratamiento Activo de la PA Disminuye la Mortalidad en Diabetes

De acuerdo a los primeros resultados del the Action in Diabetes and Vascular Disease: Preterax and Diamicon MR Controlled Evaluation (ADVANCE) trial, el tratamiento antihipertensivo con una combinación dosis fija de un IECA, perindopril, y un diurético tiazídico, indapamida, si administramos a la mitad de la población diabética mundial, podemos prevenir al menos 1 millón de muertes en 5 años así como reducir los riesgos de complicaciones macrovasculares y microvasculares.

ADVANCE fue el mas grande estudio de tratamiento para diabetes mellitus tipo2 en adición al brazo recientemente completado de descenso de la presión arterial, comparando los efectos de terapia intensiva basada en gliclazida MR versus control estándar de la glucosa. El estudio ha sido conducido por un grupo internacional de investigadores médicos independientes con soporte de Servier, que fabrican una combinación dosis fija de perindopril/indapamida (Preterax) y gliclazida MR (Diamicon), en conjunción con el National Health and Medical

Research Council of Australia.

El brazo de presión arterial fue completado en Junio 2007 y los resultados fueron presentados en Septiembre en la reunión anual del Congreso Europeo de Cardiología (ESC 2007) en Viena por el investigador Stephen MacMahon, DSc, PhD, MPH, director principal del George Institute for International Health in Sydney, Australia y publicado simultáneamente en The Lancet.

Los efectos sobre la enfermedad vascular del tratamiento antihipertensivo con una combinación dosis fija fueron estudiados en una población de 11,140 pacientes, edad media 66 años reclutados de 20 países. Todos los pacientes tenían diabetes mellitus tipo 2 y ≥ 1 FR adicional para enfermedad cardiovascular, con una media de PA de 145/81 mm Hg (alta para pacientes diabéticos). Los pacientes fueron aleatorizados a tratamiento diario con una tableta conteniendo perindopril 2 mg e indapamida 0.625 mg o placebo (5571 y 5569 pacientes, respectivamente). Después de 3 meses, la dosis

perindopril/indapamida fue doblada a 4.0 mg/1.25 mg día.

El riesgo relativo de muerte por enfermedad cardiovascular fue reducido en 18% (HR 0.82, $P = .027$) y mortalidad por toda causa en 14% (HR 0.86, $P = .025$) en el tratamiento activo, con reducciones significativas también con el tratamiento activo en eventos coronarios totales (14%) y eventos renales totales (21%). El tratamiento fue muy bien tolerado, con pocos efectos adversos, y la adherencia fue similar al placebo.

De acuerdo a MacMahon, estos datos del ADVANCE mostraron que:

- Hay beneficios adicionales con tratamiento de la PAS a < 145 mm Hg en pacientes diabéticos;
- Estos beneficios son similares en pacientes con o sin hipertensión basal y;
- Los beneficios fueron aditivos a los producidos por otras terapias cardiovasculares preventivas, incluyendo terapia adicional con IECA.

Reducción de la Incidencia de Infarto de Miocardio en Pacientes con Artritis Reumatoide que responden a la Terapia Anti-Factor de Necrosis Tumoral.

W.G. Dixon; K.D. Watson, M. Lunt, K.L. Hyrich, British Society for Rheumatology Biologics Register Control Centre Consortium, A.J. Silman, y D.P.M. Symmons, en representación de la Sociedad Británica del Registro de Biológicos en Reumatología. *Arthritis & Rheum.* 2007; 56 (9): 2905-2912

Pacientes con artritis reumatoide (AR) tienen mayor frecuencia de eventos cardiovasculares (CV), especialmente infarto de miocardio (IM), como consecuencia del estado inflamatorio crónico, que predispone a aterosclerosis, al estado pro-coagulante y la ruptura de las placas de ateroma.

En el estudio prospectivo observacional del registro de medicamentos biológicos de la Sociedad Británica de Reumatología (BSRBR), que incluye más del 70% de pacientes con AR en tratamiento con drogas anti-Factor de Necrosis Tumoral alfa (anti-TNF- α) (Etanercept, Infliximab y Adalimumab) en el Reino Unido (RU), comparó a los pacientes en tratamiento con esas drogas vs. aquellos tratados con drogas modificadoras de la enfermedad (DMARDs) y estableció la incidencia de IM en cada grupo. El segundo objetivo fue determinar la diferencia en la incidencia de IM en los pacientes que respondieron a la terapia anti-TNF- α a los seis meses del tratamiento vs. aquellos que no respondieron. Cabe destacar que la indicación del uso de anti-TNF- α en pacientes con AR en el RU, es para aquellos que tienen una actividad de la enfermedad severa y que no respondieron al tratamiento convencional con por lo menos dos DMARDs

Fueron admitidos al estudio 8659 pacientes con la terapia anti-TNF- α y 2170 con DMARDs. Los pacientes con DMARDs eran de mayor edad (60 vs. 56, $p < 0.001$) habían más varones (18 vs. 14, $p < 0.001$), presentaban una actividad de la enfermedad menor, evaluada por escalas de actividad de la enfermedad, DAS28 (score de la actividad de la enfermedad) y HAQ (evaluación del estado funcional de salud

a través del cuestionario de habilidades del diario vivir para AR), tenían un Índice de masa corporal (IMC) mayor (26.9 vs. 26.7, $p = 0.04$), presentaban mayor prevalencia de enfermedad coronaria de base, IM (5.3% vs. 2.9%, $p > 0.001$), angina (8.4% vs. 4.4%), de drogas hipolipemiantes (15.6% vs. 8.9%, $p < 0.001$) agregantes anti-plaquetarios (13.4% vs. 7.5%, $p < 0.001$) y menor uso de anti-inflamatorios no esteroideos (AINES) (61.9% vs. 65.9%, $p = 0.001$).

La incidencia de IM fue de 17 casos en aquellos que recibieron el tratamiento convencional con DMARDs, frente a 63 pacientes en tratamiento con anti-TNF- α , y la incidencia por 1000 personas-año (95% CI) fue de 5.9 vs. 4.8, con p no significativa). De aquellos pacientes con anti-TNF- α por los primeros 6 meses, observado por el DAS28, 5877 respondieron al tratamiento, frente a 1638 que no. Del registro de base aquellos pacientes en tratamiento con anti-TNF- α con buena respuesta eran menores (56 vs. 57 años, $p = 0.002$), había más hombres (24% vs. 21%, $p = 0.01$), tenían una mayor actividad de la enfermedad (DAS28 6.6 vs 6.4, $p < 0.001$), ingresaron al estudio con menor prevalencia de angina (4.1% vs. 5.2%, $p = 0.04$), existía menor prevalencia de diabetes mellitus (4.9% vs. 6.7%, $p = 0.003$), usaban más AINES (67.4% vs. 60.8%, $p < 0.001$) y presentaban menores indicadores de aislamiento social.

En el grupo de aquellos con respuesta adecuada hubo 35 IMs confirmados, vs. 17 en el grupo sin respuesta al tratamiento anti-TNF- α , y más aún, la incidencia por 1000 personas-año (95% CI), fue de 3.5 vs. 9.4, que ajustado para multivariadas confusoras (edad, género,

IMC, aislamiento social, historia de fumador, co-morbilidades y uso de drogas en el registro base) presentaba un CI de 0.36 (0.19-0.69). El efecto protector se evidenciaba más aún en varones (0.31, CI 95% (0.12-0.81) que en mujeres (0.46 (0.20-1.06).

En conclusión el efecto protector contra los IMs con el uso de anti-TNF- α en pacientes con AR no se diferencia de aquellos pacientes en tratamiento convencional con DMARDs. Sin embargo si los pacientes en tratamiento con anti-TNF- α responden al mismo en los primeros seis meses, existe un factor protector del 64% que reduce el riesgo de IM. Se estima que el rol del TNF- α en los IMs puede reducirse en pacientes con AR, si se evidencia una respuesta oportuna y favorable.



La Hidroxicloroquina y el Riesgo de Diabetes Mellitus en Pacientes con Artritis Reumatoide.

Mary Chester M. Wasko, MD, MSc; Helen B. Hubert, MPH, PhD; Vijaya Bharathi Lingala, PhD; Jennifer R. Elliott, MD; Michael E. Luggen, MD; James F. Fries, MD; Michael M. Ward, MD, MPH. *JAMA*. 2007; 298(2):187-193.

La hidroxicloroquina (HCQ), como otros antimaláricos (cloroquina), ampliamente utilizada en enfermedades crónicas autoinmunes, posee efectos hipoglicemiantes, demostrado por la mejoría del control de la diabetes mellitus (DM) y de la glicemia en pacientes con Lupus eritematoso sistémico (LES).

En un estudio prospectivo multicéntrico (7 centros) en los EEUU, de pacientes con artritis reumatoide (AR), con un seguimiento de 21 años, se observó la incidencia de DM tipo2 en este período. De 4905 adultos, 1808 (36.9%) utilizaron HCQ alguna vez, mientras que 3097 (63.1%) no lo hicieron. Entre los que nunca tomaron HCQ habían más varones 744 (25%) vs. 354 (19.6%), eran mayores (58.2 vs. 53.7 años, $P < 0.001$), tenían menos años de educación, su duración de la enfermedad era más larga (13.0 vs. 8.4 años, $P < 0.001$), mientras que el grupo que alguna vez utilizó HCQ utilizó prednisona (72% vs. 58%,

$P < 0.001$) y metotrexato (64 vs 49%, $P < 0.001$) en mayor proporción y por más tiempo.

Durante los 21 años observados, 54 pacientes desarrollaron DM en el grupo que utilizó HCQ, a diferencia de los 171 pacientes que nunca recibieron HCQ, y la incidencia por 1000 personas-año fue de 5.2 en el grupo que recibió HCQ vs. 8.9 en el que nunca recibió HCQ ($P < 0.001$). De aquellos pacientes con DM de reciente comienzo (RC) que recibieron HCQ, 48% reportaron haber utilizado posteriormente drogas hipoglicemiantes, a diferencia de 70% de aquellos con DM de RC y que nunca recibieron HCQ. El riesgo del desarrollo de la DM en los pacientes con AR, ajustado para la duración de la enfermedad, HAQ-DI (evaluación del estado funcional de salud a través del cuestionario de habilidades del diario vivir para AR), IMC, y el uso de metotrexato y de prednisona, fue de 0.62

(95% CI: 0.42-0.92, $P = 0.02$). Al evaluar en tiempo de uso de HCQ, el riesgo de desarrollo de DM a los 4 o más años, fue de 0.23 (95% CI: 0.11-0.50, $P < 0.001$).

En conclusión, el efecto protector de la HCQ en pacientes con AR reduce la incidencia de desarrollar DM, y en aquellos pacientes con DM de RC, también redujo el uso de hipoglicemiantes orales. El riesgo de desarrollar DM en esos pacientes protegidos con HCQ se redujo en un 38%, y más aún si se toma la HCQ por un período de 4 o más años, cuando el efecto preventivo aumenta hasta en un 77%. Esta propiedad muy beneficiosa de la HCQ que promueve su uso masivo, se suma al efecto hipolipemiente de la misma, que disminuye el riesgo del desarrollo de comorbilidades, manifestada frecuentemente en la AR.

Estado respiratorio y adiposidad como predictores de mortalidad en adultos mayores

Xuemei Sui, MD ; Michael J. LaMonte, PhD ; James N. Laditka, PhD ; James W. Hardin, PhD ; Nancy Chase, BS ; Steven P. Hooker, PhD; Steven N. Blair, PED
JAMA. 2007;298(21):2507-2516.

A pesar de que los niveles de actividad física y capacidad aeróbica declinan con la edad y la prevalencia de la obesidad tiende a aumentar, las asociaciones independientes y conjuntas entre el estado físico, la adiposidad y la mortalidad en adultos mayores no han sido adecuadamente examinados.

El objetivo del estudio fue determinar la asociación entre el estado cardiorrespiratorio, la adiposidad y la mortalidad en adultos mayores.

Se trata de un estudio de cohorte en el cual participaron 2603 adultos mayores de 60 años para adelante (edad promedio 64.4 años; 19.8 % mujeres) reclutados en el Aerobics Center Longitudinal Study habiendo completado un examen de base durante los años 1979-2001.

El estado físico fue evaluado por una prueba de esfuerzo máxima (trotadora) y la adiposidad fue evaluada por el índice de masa corporal (IMC), la circunferencia de cintura y porcentaje de grasa corporal. Bajo estado físico fue definido como el

quinto mas bajo específico por sexo de la prueba de esfuerzo máxima. Las distribuciones del IMC, circunferencia de cintura y porcentaje de grasa corporal fueron agrupados por análisis de acuerdo a guías clínicas.

El principal resultado medido fue la mortalidad por cualquier causa hasta diciembre 31, 2003.

Hubo 450 muertes durante un promedio de seguimiento de 12 años y 31,236 personas-año de exposición. La tasa de muerte por 1000 personas año, ajustado por edad, genero y el año del examen fueron 13.9, 13.3, 18.3, y 31.8 a través de los grupos de IMC de 18.5-24.9, 25.0-29.9, 30.0-34.9, y >35.0, respectivamente ($P = .01$ para tendencia); 13.3 y 18.2 para circunferencia de cintura normal y alta (>88 cm en mujeres; >102 cm en hombres) ($P = .004$); 13.7 y 14.6 para porcentaje de grasa corporal normal y alto (>30% en mujeres; >25% en hombres) ($P = .51$); y 32.6, 16.6, 12.8, 12.3, y 8.1 a través de quintos

incrementales de estado físico ($P < .001$ para tendencia). La asociación entre circunferencia de cintura y mortalidad persistieron aún después de ajustes adicionales para fumadores, estado de salud general y el IMC ($p = .02$), pero no después de ajustes adicionales para el estado cardiorrespiratorio ($p = .86$). El estado cardiorrespiratorio predijo riesgo de mortalidad después de ajustes adicionales para fumadores, salud general y cualquiera de las siguientes variables: IMC circunferencia de cintura o porcentaje de grasa corporal ($p < .001$).

En conclusión, es este estudio de población el estado cardiorrespiratorio fue un predictor significativo de mortalidad en adultos mayores, independientemente de la adiposidad general o abdominal. Los clínicos deberán considerar la importancia de preservar la capacidad funcional recomendando una actividad física regular para adultos mayores ya tengan peso normal o sobrepeso.



Resumen de Conferencia presentada en las III Jornadas SOLACI
(Cochabamba, 26 al 28 de septiembre 2007)

XXI Congreso Latinoamericano de Biología y Medicina Nuclear
(ALASBIMN) (Santa Cruz, 2 al 6 de diciembre 2007)

1. Riesgo Cardiovascular en Diabetes Mellitus, Como Reducirlo

*Dr. Samuel Córdova-Roca**

La aterosclerosis (ATE) puede comenzar antes del nacimiento y durante su progresión en cerca de 40 años, la disfunción endotelial ocurre en todo ese tiempo. Esto ha sido sustentado por estudios recientes tales como the Framingham Study, the Pathobiological Determinants of Atherosclerosis in Youth (PDAY) Study, and the Bogalusa Study, mostrando que la ATE es actualmente una enfermedad de jóvenes.

Tanto los factores de riesgo (FR) tradicionales y nuevos contribuyen a la alteración de la función endotelial y síndromes clínicos relacionados, en parte, por la pérdida endotelial del control de la homeostasis vascular.

El estudio MRFIT mostró el impacto de los FR en la mortalidad CV en los pacientes con diabetes (DM). La prevalencia de DM se manifiesta junto con la prevalencia de la obesidad. El IMC y la ganancia de peso son FR mayores para DM.

La disfunción de células beta comienza muy temprano en la historia natural de la DM. En the United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS), por el tiempo de diagnóstico de la hiperglicemia, 50% de la función de células beta se ha perdido. Si extrapolamos hacia atrás en el tiempo, podemos probablemente decir que 10 años antes del diagnóstico de diabetes, la función de las células beta comenzó a declinar.

La hiperglicemia es un FR para el desarrollo de enfermedad cardiovascular (CV) en diabéticos. En el UKPDS, si vemos los niveles de HbA1c en gente y el riesgo para complicaciones, hay una relación entre niveles de A1c y el desarrollo de enfermedad microvascular e infarto de miocardio (IM). La DM iguala a enfermedad CV preexistente como FR para ataque cardíaco, en consecuencia debemos ver a la gente con DM como si ellos siempre hubiesen tenido enfermedad CV y ser lo suficientemente agresivos para controlar los FR cardiovascular en esta población.

Lo primero será prevenir la aparición de la DM con cambios terapéuticos de estilo de vida y ejercicio. La metformina fue la única medicación que mostró reducir el riesgo CV y en el UKPDS el IM fue reducido en 39% comparado con la terapia convencional.

La dislipidemia típica del diabético está caracterizada por TGC altos y bajo HDLc. Partículas pequeñas y densas de LDL colesterol son prevalentes en gente con DM y es lo que tenemos que corregir porque estas son partículas aterogénicas

y pueden llevar al desarrollo de enfermedad CV.

Los estudios sugirieron que el uso de una estatina fue muy beneficioso en la población general y también en los subgrupos con diabetes. Tenemos suficiente información para sugerir que el tratamiento agresivo de la dislipidemia en gente con DM es una buena manera de reducir el riesgo CV. El LDLc deberá ser menos de 100 mg/dL, HDL sobre 45 mg/dL, colesterol total menos de 200 mg/dL y triglicéridos menos de 150 mg/dL.

La meta en la PA es menos de 130/80 mm Hg. Idealmente, la medicación deberá ser útil en reducir la presión arterial y la proteinuria, con la intención de reducir la progresión de enfermedad renal y la enfermedad CV

En el HOPE y Micro-HOPE, la gente con DM tenía una buena reducción en puntos finales CV (mortalidad CV, IM y stroke). Evidencia que el uso de IECA, en este caso el ramipril, era muy efectivo en todos estos resultados en gente con DM.

La ADA, basada en los resultados convincentes del HOPE, ha establecido un nivel A de evidencia para pacientes sobre 55 años con DM, con o sin hipertensión, pero con un FR cardiovascular (historia de enfermedad CV, dislipidemia, microalbuminuria, fumador), considerar un IECA, si no está contraindicado, para reducir el riesgo de eventos CV. También la aspirina y otras terapias antiplaquetarias han probado ser efectivas en gente con diabetes en la misma manera que en gente sin DM.

Hay evidencia de riesgo incrementado aun en niveles moderadamente aumentados de IMC.

Con la Federación Internacional de Diabetes no hay un criterio estatutario para obesidad visceral basado en circunferencia de cintura, varía de acuerdo al país y grupo étnico, si embargo es requisito indispensable para el diagnóstico de síndrome metabólico.

El estudio RIO-LIPIDS sugiere un rol potencial del sistema endocannabinoide y de los antagonistas CB1 en el tratamiento y/o prevención de obesidad, síndrome metabólico y uso de tabaco.

Pacientes con enfermedad de arteria coronaria (EAC) son la prioridad en la cardiología preventiva. Sin embargo en general hay una falla colectiva de la práctica médica para alcanzar un impacto sustancial en los pacientes con EAC para reducir el

riesgo de enfermedad recurrente y muerte. El estudio conocido como EUROASPIRE (EUROpean Action on Secondary Prevention through Intervention to Reduce Events), (I-II-III) mostró una persistente alta prevalencia de FR adversos, sin modificaciones o aun aumento, seguimiento de 15 años, en tasas de tabaquismo, sobrepeso, obesidad, cintura abdominal, hipertensión y diabetes. Aunque si mejoría en el uso de fármacos como aspirina, betabloqueadores, IECA, diuréticos, estatinas.

En el estudio Steno-2 de intervención multifactorial en pacientes con DM 2. Los resultados para pacientes en el grupo de tratamiento intensivo mostraron un significativo 53% de disminución en el riesgo del punto final primario compuesto cardiovascular.

Destaquemos los beneficios potenciales de la "polypill", conteniendo versiones de una estatina, ASA, un IECA y un diurético. Las ventajas incluyen marcadamente costos menores, grandes beneficios clínicos, mejor adhesión, riesgo menor de errores de medicación, acceso mejorado y equidad y un impacto global.

Las metas en el siglo 21 para el manejo de la enfermedad de arteria coronaria será prevenir la disfunción endotelial de entrada y ser capaces de prevenir el desarrollo y la activación de la placa,

El estudio INTERHART examinó los efectos de los FR individualmente y combinado sobre el riesgo de IM. Los mas fuertes predictores univariados de IM fueron el cigarrillo y la relación apolipoproteína (apo) B/A-1. En el INTERHART Latinoamérica la obesidad abdominal, lípidos anormales y tabaquismo estuvieron asociados con alto riesgo atribuible a la población.

En vista del amplio espectro epidémico del ataque cardíaco traído desde el siglo 20, es difícil para mucha gente imaginar un futuro en el cual el ataque cardíaco no se llegue a tratar. Sin embargo esta meta puede llegar a alcanzarse para fines del siglo 21. Nuevas oportunidades terapéuticas tales como la profiláctica polypill altamente efectiva, inmunomodulación y terapias de vacunación pueden ayudarnos a alcanzar esta meta.

*Jefe Servicio Medicina I-Cardiología del Hospital de Clínicas. Presidente de ASOBAT



Resúmenes de Conferencias presentadas en Sesiones de ASOBAT

1. Aspirina versus Clopidogrel

Dr. Javier Córdova López*

La Aspirina, a través de su acción de inhibir la agregación plaquetaria inducida por el TX-A₂, como prototipo de agentes antiagregantes, es la opción más económica, recordemos que con 30 a 50 mg saturamos el efecto antitrombótico, y que los trastornos gastrointestinales con dosis bajas son mínimos. Comparamos los efectos con las Tienopiridinas (Clopidogrel), produce una inhibición irreversible de la agregación plaquetaria que es dosis dependiente, su efecto se inicia a las dos horas, su inhibición dura de 3 a 7 días, no tiene toxicidad hematológica.

Se analizaron los efectos beneficiosos del uso de la aspirina en prevención de la enfermedad cardiovascular (ECV) tanto en la prevención primaria como en la secundaria después de infarto de miocardio, stroke oclusivo, TIA, angina inestable, *bay-pass* arterial coronario, diferentes estudios que mostraron reducción significativa de riesgo en IM, *stroke* y muerte vascular.

Se examinaron los resultados del uso de aspirina en síndromes isquémicos agudos como IM, angina inestable y la reducción del riesgo de recidiva de IM, *stroke* y muerte vascular en diferentes tiempos después de los eventos primarios, con especial mención en el *stroke* agudo oclusivo y la increíble disminución de eventos secundarios después del uso de diferentes dosis de ASA. Igualmente se analizaron diferentes estudios en prevención primaria del

primer IM en personas con moderado y alto riesgo.

En el Internacional Stroke Trial en 19,435 pacientes con *stroke* agudo, un análisis a 14 días mostró *strokes* isquémicos recurrentes (2.8% vs 3.9%) sin exceso significativo de *strokes* hemorrágicos (0.9% vs 0.8%), y reducción en muerte o *stroke* recurrente no fatal con aspirina (11.3% vs 12.4%). El estudio CAST (Chinese Acute Stroke Trial) con 21,106 pacientes con *stroke* isquémico agudo, la aspirina iniciada tempranamente produjo una pequeña pero significativa reducción de mortalidad temprana y recurrencia a 6 años.

En relación a la dosis en un meta análisis no se demostró beneficios con dosis mayores a 75mg. En el estudio ASA con relación al uso de ASA en endarterectomias carotídeas se comparó dosis bajas 81-325 mg. versus dosis altas 650-1300 mg, mostrando que a menor dosis menos eventos vasculares o hemorrágicos a 3 meses., no hay evidencia que dosis menores a 75 mg sean muy efectivas.

Una mención importante en este análisis fue al estudio ESPS-2 comparando el uso por separado o en conjunto de ASA y Clopidogrel, donde en el *stroke* la RR con ASA fue de 18% vs 16% con Clopidogrel, pero en el grupo ASA más clopidogrel se llegó a 37% de disminución de mortalidad. Los efectos adversos, como cefalea y molestias

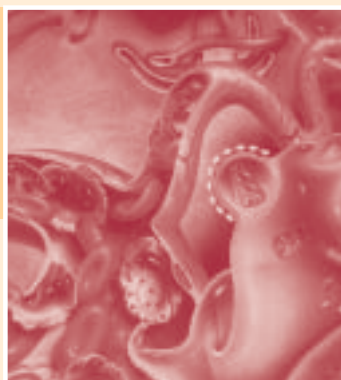
gastrointestinales, no fueron de importancia. El efecto sinérgico, demostró una mayor actividad antiagregante, por lo tanto mayor eficacia con la asociación ASA más Clopidogrel.

En relación al uso de ASA y la disminución de las proteínas inflamatorias en pacientes diabéticos tipo 2 se mostró que por quinquenios de la enfermedad, el fibrinógeno, la PCR y el PAI-1 incrementan con el tiempo y la combinación de un buen control metabólico, pérdida de peso y adecuado control de la PA, mostró a seis años disminución de las proteínas inflamatorias por efecto del ASA.

La asociación de ASA a estreptoquinasa disminuyó la mortalidad en pacientes con infarto agudo de miocardio. Finalmente el uso aislado de Clopidogrel en terapia convencional vs la terapia intensiva a dosis mayores a 75 mg a diferentes tiempos de uso mostró una significativa disminución de los riesgos de recidiva o recurrencia de cualquier evento CV.

Es nuestro deseo estimular al uso racional y mayor utilización de la ASA y/o el Clopidogrel, que los consideramos sub-utilizados.

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



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:

| | | |
|----------|--|------------------------|
| 17/10/07 | Aspirina versus clopidogrel | Dr. Javier Córdova |
| 05/12/07 | Factores de riesgo en pacientes con infarto agudo de miocardio UCICV del Hospital Obrero | Dra. Elizabeth Ledezma |
| 22/12/07 | Reunión de camaradería | |

Eventos para recordar



2007

| | | | |
|-----------------------------------|---|-------------------|--|
| 29 de noviembre al 1 de diciembre | I Congreso Latino Americano de Hipertensión y Obesidad Hotel Intercontinental. Río de Janeiro, Brasil | 18 al 21 de mayo | XVI Congreso Mundial de Cardiología. Predio La Rural. Buenos Aires, Argentina |
| 2 a 5 de diciembre | XLIV Congreso Chileno de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Hotel de Mar. Viña del Mar, Chile | 22 al 25 de mayo | 24ª 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 |
| 2 a 6 de diciembre | XXI Congreso Latinoamericano de Biología y Medicina Nuclear (ALASBIM). Hotel Los Tajibos. Santa Cruz, Bolivia. Informes: Dra. Memphis Olaechea | 7 al 10 de agosto | 25ª 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 |

2008

| | | | |
|---------------------|---|------------------------|--|
| 14 al 17 de febrero | 23ª 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. Paipa, Colombia. Informes: Prof. Dr. Iván Darío Sierra sysco79@yahoo.com | 16 al 20 de septiembre | XXVIX Congreso Mundial de Medicina Interna. Hotel Sheraton. Buenos Aires, Argentina |
| 14 al 16 de marzo | XIII Curso Internacional de Actualización en Diabetes Bogotá, Colombia. Informes: Prof. Dr. Iván Darío Sierra sysco79@yahoo.com | 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. www.fuedin.org

Universidad de Barcelo.

Simposio de Heridas: 16 de Mayo 2008. Facultad de Medicina. UBA.

XI Congreso Latinoamericano de Vasculopatías y Pie Diabético 14 al 16 de Mayo del 2009. Buenos Aires. Argentina. Facultad de Medicina, de la Universidad de Buenos Aires

En el reciente Congreso de la ALAD realizado en La Habana, Cuba, fue elegido como Presidente el **Dr. Iván Darío Sierra Ariza**, distinguido miembro de la SOLAT. **Nuestras calurosas felicitaciones a nuestro hermano Iván Darío y los mejores deseos de una fructífera gestión.**

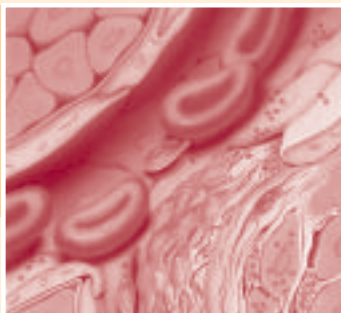
¡Felicidades!

ASOBAT

A nuestros lectores

Las revisiones bibliográficas y resúmenes de artículos de ATEROMA también son publicados en la revista EPROCAD 2007, Año 12 No 2 (ATEROMA V4 N2) de la Fundación Escuela para la Formación y Actualización en Diabetes y Nutrición. Agradecemos su difusión.

Así mismo, gracias a la gentileza del Dr. César Rodríguez-Gilbert, presidente de la Task Force Latinoamérica, el boletín ATEROMA está para su consulta en la página web latinoamericana de la Task Force for Prevention of Coronary Heart Disease www.chd-taskforce-latinoamerica.com



Anexo

Junta Directiva del capítulo colombiano de la SOLAT 2007 – 2009

| | | |
|--------------------|-------------------------------------|--|
| Presidente | Dr. Alejandro Díaz Bernier | Dr- Alvaro Rico |
| Vicepresidente | Dr. Jaime Bruges Ruiz | Dr. John Edwin Feliciano |
| Secretario | Dr. Álvaro Márquez Zuccardi | Dr. José Alfonso Morón |
| Tesorera | Dra. Claudia Eugenia Pérez Gualdrón | Dr. Alvaro Macia Bustamante |
| Director Ejecutivo | Prof. Dr. Iván Darío Sierra Ariza | Fiscal Dr. Luis Fernando Ospino |
| Vocales | Dr. Duvert Gutiérrez | Delegado Internacional Dr. Gustavo Marquez Salóm |

Que el espíritu de Navidad haga en sus hogares: de cada deseo una flor, de cada lágrima una sonrisa, de cada dolor una estrella, y de cada corazón una dulce morada



*Un Año 2008
lleno de Paz,
Salud y Felicidad
Les desea ASOBAT*

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 Córdova 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 Dra. Tania Leme da Rocha Martinez Brasil |
| Tesorero Dr. Carlos Alberto Cyrillo Sellera Brasil |
| 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 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

"Seguridad Antitrombótica Superior"

Ravalgen
CLOPIDROGEL 75 mg

"Seguridad Antitrombótica Superior"

IRRIGOR 120 XR
Nimodipina 120 mg

"Neuroprotección estable y extendida"