

## Editorial

La aterosclerosis es un proceso continuo que afecta principalmente las arterias de mediano y gran calibre, puede comenzar en la niñez y progresar a lo largo de toda la vida. Es una enfermedad que se desarrolla en varias décadas. Los factores de riesgo tales como el tabaquismo, hipertensión, hiperlipidemia e hiperglicemia, con o sin obesidad, pueden promover este desarrollo.

En los países industrializados y también en muchos en vías de desarrollo es la causa número uno de muerte. Está asociada con niveles incrementados de colesterol total. Otros factores de riesgo incluyen una relación incrementada de CT:HDLc, hipertensión, tabaquismo, exceso de peso, hiperglicemia, falta de ejercicio, estrés y anormalidades electrocardiográficas. Los estudios intervencionales han mostrado que identificando y bajando estos factores de riesgo podemos ayudar a reducir la frecuencia de enfermedad cardíaca coronaria, accidente vascular cerebral y otras enfermedades cardiovasculares.

Factores de riesgo tales como la edad, sexo, raza o etnia, y herencia no son modificables, sin embargo su importancia es indiscutible, así pues:

1. La incidencia de stroke se duplica cada década después de los 55 años, y la edad es el factor de riesgo más importante para stroke.
2. El sexo y la raza o etnia, son también importantes factores de riesgo, con la incidencia de stroke mayor en hombres y algunos grupos como Hispanos y Africanos que aparecen con un riesgo mayor para stroke comparado con los Blancos.
3. El riesgo relativo es mayor si un padre tiene una historia de stroke o un ataque isquémico transitorio, y la historia paterna lleva a mayor riesgo que la materna.

La aterosclerosis es una enfermedad degenerativa e inflamatoria, lentamente progresiva de arterias musculares y elásticas, comenzando con la formación de estrías grasas en la adolescencia. Cuando estas progresan se desarrollan placas, culminando en oclusiones trombóticas y eventos cardiovasculares.

La enfermedad vascular es el resultado de un proceso generalizado que puede afectar alguno de los varios lechos vasculares, involucrando áreas cerebral, coronaria y arterias periféricas.

Consideramos una obligación prevenir agresivamente el desarrollo y progresión de esta enfermedad que también va tomando carta de ciudadanía en nuestro país, al haberse incrementado significativamente la prevalencia de diabetes, obesidad, hipertensión, inactividad física, síndrome metabólico, etc; todos ellos importantes factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad aterosclerótica.

Por esto, recientemente hemos fundado la Asociación Boliviana de Aterosclerosis (ASOBAT), asociación multidisciplinaria, que tiene el objetivo de unir esfuerzos para controlar los factores de riesgo cardiovascular. Hoy se edita el primer número de ATEROMA, boletín oficial de nuestra Asociación. Invitamos a todos los colegas a participar activamente enviando trabajos, revisiones, casos problema y sugerencias para mejorar nuestro cometido.

### DIRECTIVA

#### Presidente

DR. SAMUEL CÓRDOVA ROCA

#### Vicepresidente

DR. IGNACIO LÓPEZ

#### Secretaria General

DRA. REBECA MURILLO

#### Tesorera

DRA. MOIRA IBARGUEN

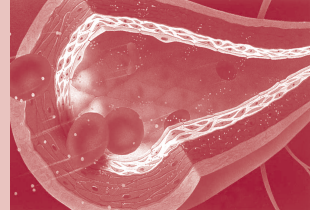
### CONSEJO EDITORIAL

DRA. ISABEL ELIANA CÁRDENAS G.

DR. SAMUEL CÓRDOVA ROCA

DR. IGNACIO LÓPEZ

*Dr. Samuel Córdova Roca, FACP*



### El tratamiento agresivo hipolipemiante con atorvastatina es superior al cuidado usual en reducir eventos cardiovasculares de acuerdo a últimos estudios presentados en las sesiones científicas 2004 del American College of Cardiology

#### 1. ALLIANCE: Aggressive Lipid Lowering to Alleviate New Cardiovascular Endpoints

El objetivo era mostrar que el descenso agresivo de LDL con una dosis titulada de atorvastatina en pacientes con enfermedad cardiaca coronaria (ECC) puede producir mejores efectos en términos de reducir complicaciones cardiovasculares comparadas con cuidado médico usual.

El punto final primario fue un compuesto de muerte cardiaca, infarto de miocardio no fatal, paro cardiaco resucitado, revascularización cardiaca y angina inestable que requirió hospitalización.

Se aleatorizaron 2.442 pacientes (82% hombres) con ECC y un promedio de edad de 61 años a un régimen hipolipemiante agresivo o a un cuidado usual. El cuidado usual fue definido como tratamiento hipocolesterolemiante, incluyendo estatinas, dieta y modificaciones del estilo de vida. Los pacientes del brazo agresivo fueron tratados con atorvastatina titulada hasta una dosis máxima de 80 mg diariamente (media de 40.5 mg) o hasta un nivel de LDL colesterol de menos de 80 mg/dL.

Los resultados mostraron un descenso de LDLc de 147 mg a 95 mg ( $p < 0.0001$ ) en el grupo agresivo versus de 147 mg a 111 mg en el brazo de cuidado usual. Los investigadores del estudio ALLIANCE encontraron que el tratamiento con atorvastatina mostraba reducción de 17 % en el punto final compuesto primario comparado con el cuidado usual ( $p = 0.02$ ). La reducción en el riesgo de IM no fatal fue dramáticamente mayor (47 %) en los pacientes con atorvastatina comparado con el grupo de cuidado usual ( $p = 0.002$ ).

En términos de seguridad, la incidencia de eventos adversos serios fue virtualmente idéntica entre las dos ramas de estudio.

El 72% de los pacientes del brazo atorvastatina y el 40 % de los pacientes de cuidado usual alcanzaron los niveles de LDL colesterol de menos de 100 mg/dL.

El estudio ALLIANCE ha demostrado que el descenso agresivo de LDL colesterol con atorvastatina resultaba en mayores beneficios comparados con el cuidado usual.

#### 2. PROVE-IT: Pravastatin or Atorvastatin Evaluation and Infection Therapy

El PROVE-IT fue un estudio de 24 meses para probar la hipótesis de que un nivel menor absoluto de LDL colesterol en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) está asociado con un riesgo reducido de eventos cardiovasculares, evaluando también la eficacia y seguridad de un agresivo descenso del LDL colesterol.

Se aleatorizaron 4.162 pacientes hospitalizados por infarto de miocardio agudo o angina inestable a un régimen hipolipemiante intensivo o a una terapia estatínica estándar. La terapia agresiva consistía en atorvastatina 80 mg diariamente comparada a medicación estándar con pravastatina 40 mg día, diseñado con el fin de establecer la no inferioridad de la pravastatina en comparación con la atorvastatina en el tiempo de aparición de un evento. Los pacientes tenían niveles de colesterol total de  $< 240$  mg/dL medidos en las primeras 24 horas después del comienzo del SCA.

El punto final primario estaba compuesto por mortalidad de toda causa, infarto de miocardio, angina inestable documentada que requirió hospitalización, revascularización requiriendo PCI o CABG y accidente cerebrovascular.

Los niveles finales de LDL colesterol fueron de 95 mg/dL para el grupo pravastatina comparado con 62 mg/dL para el grupo atorvastatina ( $< 0.001$ ). A los 24 meses el punto final compuesto primario para pacientes recibiendo la terapia estándar estatínica fue de 26.3 % comparado con 22.4 % en el brazo dosis alta atorvastatina, representando un 16 % de reducción de riesgo relativo a favor de la atorvastatina.

Los resultados han sugerido que esta población de pacientes con SCA que tienen una lesión culpable y frecuentemente múltiples placas vulnerables adicionales, pueden tener un beneficio particular con una temprana e intensiva terapia hipolipemiante con estatinas.

#### 3. Atorvastatina y fenofibrato micronizado solos y en combinación en Diabetes Mellitus tipo 2 con hiperlipidemia combinada. *Diabetes Care* 2002; 25:1198-1202.

Se estudió un total de 120 pacientes diabéticos sin enfermedad arterial coronaria (EAC) por un periodo de 24 semanas. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente ya sea a atorvastatina 20 mg/d, fenofibrato (200 mg/d) o una combinación de ambos, evaluado el efecto de dicho tratamiento sobre colesterol LDL, HDL, triglicéridos, apolipoproteínas A-I y B, lipoproteína (a) y fibrinógenos plasmático (FP), calculando el porcentaje de pacientes que llegaron a las metas de tratamiento de la Asociación Americana de Diabetes.

Ningún paciente fue retirado del estudio por efectos colaterales.

La combinación de atorvastatina-fenofibrato redujo el colesterol total en 37%, LDL-C en 46%, TG en 50% y FP en 20% mientras que incrementó HDL-C en 22% ( $p < 0.0001$  para todos). Estos cambios fueron significativamente mejores que aquellos con monoterapia. De los pacientes con combinación de drogas 97,5% llegaron a la meta de LDL  $< 100$  mg/dl, 100% llegaron a niveles de TG deseable ( $< 200$  mg/dl) y 60% llegaron a un nivel óptimo de HDL-C  $> 45$  mg/dl. Estas tasas fueron significativamente mayores que aquellas obtenidas con monoterapia.

La combinación de atorvastatina-fenofibrato tuvo un efecto altamente benéfico en todos los parámetros lipídicos y FP en pacientes con diabetes tipo 2 e hiperlipidemia mixta.

#### 4. El uso de Atorvastatina mejora la dislipidemia diabética y aumenta la actividad de la lipoprotein lipasa in vivo. *Atherosclerosis* 2004; 174 (2): 385-90

La dislipidemia constituye uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad cardiovascular en la diabetes mellitus, se caracteriza por presentar niveles de HDL colesterol bajo y triglicéridos altos, antes que niveles elevados de LDL colesterol. La lipoprotein lipasa (LPL) es la enzima cuya función es la de remover los triglicéridos del plasma y ha sido implicada en la aterosclerosis. Desde que se comenzó el tratamiento con estatinas se ha reducido significativamente la morbilidad cardiovascular en diabetes. En este estudio se analizaron el perfil lipídico y la LPL en 61 pacientes con diabetes mellitus tipo 2, antes y 8 semanas después del inicio del tratamiento con atorvastatina 40 mg o placebo. El tratamiento con atorvastatina redujo en 30% el colesterol total y en 45% el LDL colesterol (6.06 mmol/L vs. 4.14 mmol/L; y 4.11 mmol/L vs 2.27 mmol/L) ambos con  $P < 0,0001$ .

Los triglicéridos y el VLDL colesterol también disminuyeron significativamente con esta terapia 2.34 mmol/L vs. 1.82 mmol/L, y 1.08 mmol/L vs. 0.67 mmol/L.

No hubo diferencia en niveles séricos de HDL en ambos grupos. Comparando con los niveles basales, la actividad de la lipoprotein lipasa tuvo un aumento en un 25% después del tratamiento con atorvastatina (213.0 $\pm$ 28.1 nmol/mL/min versus 171.9 $\pm$ 17.7 nmol/mL/min,  $P < 0.01$ ).

Estos datos demostraron que la atorvastatina produjo mejoría significativa en la dislipidemia diabética y un aumento notable de la actividad de lipoprotein lipasa. Puesto que una actividad baja de LPL indica un mayor riesgo cardiovascular, el efecto de las estatinas sobre LPL nos podría explicar la reducción de enfermedad de arteria coronaria en pacientes diabéticos tratados con atorvastatina.

# Eventos para recordar

## 2004

|                        |   |                                   |  |
|------------------------|---|-----------------------------------|--|
| 23 al 27 de junio      | Curso Internacional Factores de Riesgo de la Aterosclerosis. Hospital Hermanos Armejeiras de La Habana, Cuba.<br>Informes: Dr Alfredo Nasiff Hadad<br>e-mail: nasiff@infomed.sld.cu | 30 de octubre al 3 de noviembre   | XI Congreso Nacional de Cardiología 2004. Veracruz, México.<br>Informes: Dr. César Rodríguez Gilabert<br>e-mail: sociosancam@hotmail.com   |
| 24 al 27 de agosto     | 10º Congreso Internacional de Medicina Interna del Hospital de Clínicas. Sheraton Buenos Aires Hotel. Buenos Aires, Argentina.  | 22 al 25 de noviembre             | VI Congreso de la SILAT y V Congreso de Factores de Riesgo de la Aterosclerosis, FRATEROS 2004. La Habana, Cuba.<br>Informes: Prof. Dr. José Emilio Fernández-Britto<br>e-mail: jfbritto@infomed.sld<br>curcb@infomed.sld.cu |
| 26 al 29 de septiembre | Congreso de la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD). Sao Paulo, Brasil.  | 29 de noviembre al 4 de diciembre | Congreso Mexicano de Endocrinología. Acapulco, México.   |
| 28 al 30 de octubre    | IX Jornadas Bolivianas de Medicina Interna. Potosí, Bolivia.<br>Informes: Dra. Tatiana Mendoza  | 30 de noviembre al 3 de diciembre | XLI Congreso Chileno de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. XXI Congreso Sudamericano de Cardiología. Hotel Sheraton San Cristóbal. Santiago de Chile.   |

## 2005

|                |   |                  |  |
|----------------|---|------------------|--|
| 4 al 6 de mayo | VI Congreso Boliviano de Medicina Interna. XXI Curso del American College of Physicians. I Jornada Internacional de Aterosclerosis. Tema: Factores de Riesgo y Prevención de Enfermedad Cardiovascular. La Paz, Bolivia.<br>Informes: Dr. Samuel Córdova Roca<br>e-mail: scordova@acelerate.com | 19 al 22 de mayo | Noveno Congreso Latinoamericano de Vasculopatías, Factores de Riesgo y Pie Diabético. Facultad de Medicina Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.<br>Informes: Dr. Adolfo V. Zavala |
|                |   | 7 al 10 de junio | IV Congreso Latinoamericano de Medicina Interna. Quito, Ecuador.   |

# Actividad

## Nuestra actividad

*La Asociación Boliviana de Aterosclerosis (ASOBAT) se reúne los terceros miércoles de cada mes en el auditorio de TECNOFARMA. Hasta el momento se han realizado las siguientes sesiones:*

|          |   |                       |
|----------|---|-----------------------|
| 17/03/04 | Revisión y Aprobación de estatutos (Anexo). Cronograma de actividades |                       |
| 21/04/04 | Cuál es la realidad de la aterosclerosis en la ciudad de La Paz       | Dr. Jaime Rios Dalenz |
| 19/05/04 | Perfil lipídico en habitantes de la altura                            | Dra. Diva Bellido     |
| 16/06/04 | HDL-C y riesgo cardiovascular   | Dr. Ignacio López     |

### VI Congreso Boliviano de Medicina Interna. XXI Curso del American College of Physicians I Jornada Internacional de Aterosclerosis

La ASOBAT tiene el agrado de invitarlos a la Primera Jornada Internacional de Aterosclerosis a realizarse entre el 4 al 6 de Mayo de 2005 dentro del VI Congreso Boliviano de Medicina Interna. El tema oficial, Factores de Riesgo y Prevención en Enfermedad Cardiovascular, es de gran interés para todos los miembros y la comunidad médica en general.

#### INVITADOS EXTRANJEROS:

|                             |           |
|-----------------------------|-----------|
| Dra. Mónica Acevedo         | Chile     |
| Dr. Manlio F. Blanco        | México    |
| Dr. Emilio Fernandez-Britto | Cuba      |
| Dr. Enrique R. Jacoby       | EEUU      |
| Dr. Emilio Marticorena      | Perú      |
| Dr. Raúl Pinto              | EEUU      |
| Dr. Ivan Darío Sierra       | Colombia  |
| Dr. Jorge Uzquiano          | EEUU      |
| Dr. Hermes Xavier           | Brasil    |
| Dr. Fernando Yañez          | Chile     |
| Dr. Adolfo Zabala           | Argentina |
| Dos Invitados del ACP       | EEUU      |

| Costos                   | Hasta 30/IX/04 | Hasta 31/I/05 | Hasta Congreso |
|--------------------------|----------------|---------------|----------------|
| Miembros de la Sociedad  | US 60          | US 80         | US 100         |
| No miembros              | US 80          | US 100        | US 100         |
| Residentes               |                |               | US 50          |
| Enfermeras y Licenciadas |                |               | US 50          |
| Estudiantes              |                |               | US 30          |

*Los interesados pueden inscribirse en el Servicio de Medicina Primera - Hospital de Clínicas (secretaría)*



# Estadutos de la Asociación Boliviana de Aterosclerosis

## CAPITULO I

### Artículo 1º Nombre:

La Asociación Boliviana de Aterosclerosis es una agrupación científica sin fines de lucro, afiliada a la Sociedad Latinoamericana de Aterosclerosis (SOLAT) y a la Sociedad Ibero Latinoamericana de Aterosclerosis (SILAT)

### Artículo 2º Objetivos:

- Propender al adelanto y divulgación de los conocimientos científicos, técnicos, y preventivos en el campo de la aterosclerosis.
- Promover la investigación y discusión de los trabajos científicos.
- Lograr la asistencia médica y social de los pacientes con aterosclerosis, la prevención de la enfermedad y sus complicaciones.
- Estrechar las relaciones entre los expertos en la materia a nivel Latinoamericano y otros países, propiciando actividades que contribuyan a este fin.
- Efectuar publicaciones periódicas sobre aterosclerosis y difundir en todos los centros de atención que tengan que ver con esta patología.

### Artículo 3º. Domicilio:

Estará ubicado en la ciudad de La Paz, lugar de residencia de la directiva con la posibilidad de ser cambiada por la Asamblea en el momento que lo considere necesario.

## CAPITULO II Miembros de la Asociación

### Artículo 4º

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

### Artículo 5º

- Serán miembros de la Asociación, los socios de los distintas filiales, en la categoría que cada una de estas les asigne.
- 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

- 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
- 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
- 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:

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

### Artículo 8º

Los socios honorarios están exentos de obligaciones económicas con la Asociación, salvo las emergentes de inscripción a eventos científicos (simposios, cursos, congresos, etc).

### Artículo 9º

Son derechos de los socios titulares:

- Elegir a los miembros de la Directiva y ser elegido en cargos directivos
- Examinar los libros, estado financiero, actas u otros documentos en presencia de uno de los miembros de la directiva
- Escribir artículos o comentarios en las publicaciones o revistas que edite la Asociación
- Recibir las comunicaciones, invitaciones o revistas que emita o reciba la Asociación
- Participar de las actividades sociales de la Asociación.

### Artículo 10º

Son derechos de los socios adherentes:

- Examinar los libros, estado financiero, actas u otros documentos en presencia de uno de los miembros de la directiva
- Escribir artículos o comentarios en las publicaciones o revistas que edite la Asociación
- Recibir las comunicaciones, invitaciones o revistas que emita o reciba la Asociación
- Participar de las actividades sociales de la Asociación

### Artículo 11º

Son derechos de los socios honorarios:

- Recibir las publicaciones de la Asociación
- Publicar en la revista o boletín de la Asociación

## CAPITULO IV Organización

### Artículo 12º

La Asociación Boliviana de Aterosclerosis estará conformada por:

- Asamblea
- Directiva

### Artículo 13º

La Asamblea estará constituida por la Directiva Nacional y los miembros titulares de las diferentes filiales de la Asociación

### Artículo 14º

La Asamblea se reunirá cada dos años, durante el Congreso de la Asociación

### Artículo 15º

Funciones de la Asamblea:

- Elección del presidente y vicepresidente de la Directiva Nacional
- Reformar los estatutos
- Designación de la sede del próximo Congreso Nacional
- Consideración de los informes rendidos por la directiva saliente

### Artículo 16º

Se hará quórum con los directivos y la mitad de los socios activos de las diferentes filiales

### Artículo 17º

Las decisiones de la Asamblea serán tomadas por la mayoría de votos (voto abierto), y en caso de empate, el voto dirimente estará en manos del presidente.

### Artículo 18º

La directiva estará integrada por

- Presidente
- Vicepresidente
- Secretario
- Tesorero

### Artículo 19º

Los miembros de la Directiva ejercerán sus funciones por dos años, pudiendo ser reelegidos el presidente y/o el vicepresidente

### Artículo 20º

Las funciones de la Directiva serán:

- Lograr los objetivos propuestos por la Asociación
- Colaborar con la organización de eventos científicos de la Asociación
- Reunión ordinaria mensual
- Asesorar y colaborar con las filiales en actividades científicas
- Otras que les sean asignadas por la Asamblea

### Artículo 21º

Serán funciones del Presidente

- Presidir las reuniones de la Asociación
- Rendir un informe sobre las actividades realizadas durante su gestión
- Representar a la Asociación en los actos científicos, académicos o sociales a que hubiera lugar
- Nombrar al Secretario y Tesorero

### Artículo 22º

Serán funciones del Vicepresidente

- Reemplazar al presidente en caso de ausencia y colaborarle en la gestión
- Elaborar la actividad científica académica anual

### Artículo 23º

Serán funciones del Secretario

- Cumplir efectivamente todas las labores que este cargo requiere
- Llevar el acta y archivo de las reuniones de la Asociación
- Citar a los miembros a las reuniones ordinarias o extraordinarias de la Sociedad

### Artículo 24º

Serán funciones del Tesorero

- Velar por los intereses económicos de la Asociación
- Firmar junto con el Presidente todo movimiento económico de la Asociación
- Presentar un informe económico al final de la gestión

## CAPITULO V Patrimonio y cuotas

### Artículo 25º

- Cuota mensual para sostenimiento de la Asociación
- Ingreso por actividades propias de la Asociación (Cursos, Simposios, Congresos etc)
- Donaciones
- Otros

## CAPITULO VI Sanciones

### Artículo 26º

Las sanciones serán por faltas en el cumplimiento de obligaciones adquiridas con la Asociación (no pago de cuotas, inasistencia a reuniones, etc) o faltas a la ética médica y consistirán en:

- Amonestación verbal
- Amonestación escrita
- Multa pecuniaria
- Suspensión temporal
- Privación del ejercicio de cargos directivos
- Suspensión definitiva

### Artículo 27º

Todas las sanciones serán comunicadas al Colegio Médico Nacional

La Paz, 17 de marzo de 2004

Gentileza de:



Para su producto:

**Lipifen**  
Atorvastatina Comprimidos 10 - 20 mg

“La estatina más eficaz en reducir el colesterol elevado”