



# ATEROMA

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

Marzo 2014

samcordovaroca@yahoo.com.ar • secordovaroca@gmail.com

Volumen 11 N°1

## Autoridades de la SOLAT 2013-2015

### Presidente

Dr. Alejandro Díaz Bernier Colombia

### Vicepresidente

Dr. Francisco Fonseca Brasil

### Secretario

Dr. Alejandro Yenes Chile

### Tesorerera

Dra. Clara Pérez Colombia

### Coordinadora Región Sur

Dra. Rosana Gambogi Uruguay

### Coordinador Región Centro

Dr. Walter Maceda Perú

### Coordinador Región Norte

Dr. David Montalvo México

### Fiscal

Dr. Samuel Córdova-Roca Bolivia

### Director Ejecutivo

Dr. Iván Darío Sierra Colombia

### Comité Ex Presidentes

Dr. Iván Darío Sierra Ariza Colombia

Dr. Jorge E. Torres Uruguay

Dr. José Emilio Fernández-Britto Cuba

Dr. José Benigno Peñaloza Perú

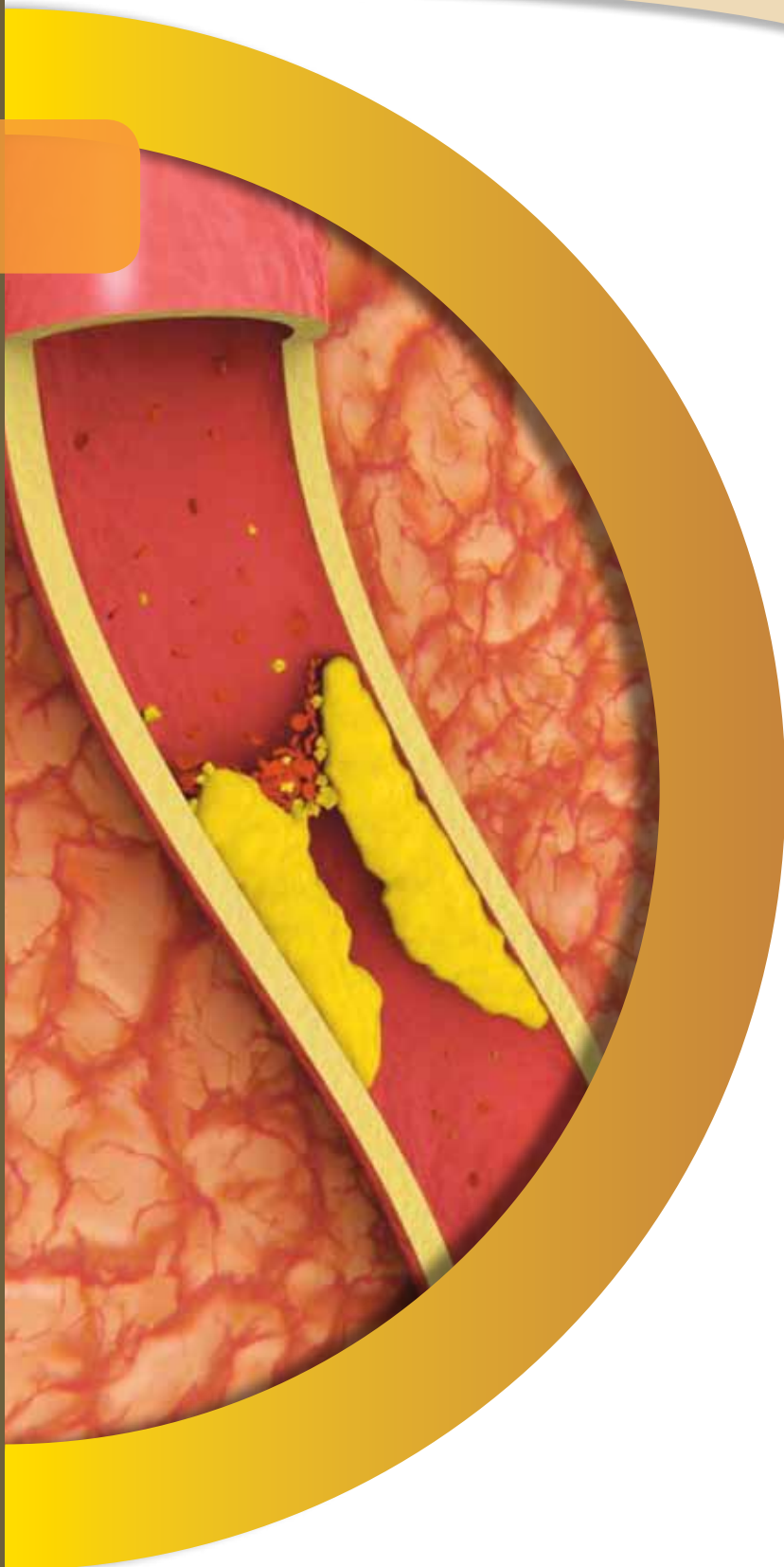
Dra. Silvia Lissman Uruguay

Dr. Manlio Blanco México

Dr. Hermes Xavier Brasil

Dr. Jorge Solano López Paraguay

Dr. Samuel Córdova Roca Bolivia





## Considerações sobre a diretriz ATP IV

A recente diretriz norte-americana foi aguardada por anos e havia comentários que talvez nunca fosse publicada por conta de controvérsias entre seus membros. Sua publicação ao final de 2013 trouxe, como principal surpresa, a inexistência de metas de LDL-colesterol de acordo ao risco cardiovascular. A diretriz recomenda tratamento de alta intensidade com estatinas para alguns subgrupos de pacientes, que claramente se beneficiam do tratamento, com base em meta-análises de grandes ensaios clínicos controlados, como os indivíduos com doença coronária ou extra-coronária de presumível etiologia aterosclerótica, na ausência de insuficiência cardíaca (NYHA II-IV) ou tratamento por hemodiálise.

Além disso, indivíduos na prevenção primária com substancial elevação do LDL-C ( $\geq 190$  mg/dL), com diabetes e LDL-colesterol entre 70 e 189 mg/dL ou, ainda, com risco de doença cardiovascular aterosclerótica estimada em 10 anos  $\geq 7,5\%$  (ao lado de LDL-colesterol entre 70 e 189 mg/dL). Este risco leva em conta dados de outros estudos observacionais que incluíram a etnia, e não apenas de Framingham, que incluiu apenas população caucasiana. A diretriz também enfatiza a idade entre 40 e 79 anos como aquela com dados mais robustos de benefício.

O ATP IV difere da diretriz europeia (EAS/ESC) por não estipular metas para o LDL-colesterol ou para o colesterol não-HDL, devido ao fato dos estudos com estatinas não incluírem titulação de doses para se atingir metas, mas doses fixas de estatinas (com exceção do 4S). Todos os pacientes com indicação de tratamento com estatinas devem preferencialmente receber terapia considerada de alta intensidade (redução  $\geq 50\%$  nos níveis de LDL-colesterol). Caso não possam receber esta terapia, devem receber tratamento moderado com estatinas (30%-50% de redução no LDL-colesterol). Para os pacientes com risco em 10 anos  $< 7,5\%$ , a decisão pode ser individualizada com base na história familiar de aterosclerose prematura, LDL-colesterol  $> 160$  mg/dL, proteína C-reativa  $\geq 2$  mg/L, escore de cálcio coronário  $\geq 300$  unidades Agatston ou  $\geq 75^\circ$  percentil para idade, sexo e etnicidade, ou ainda índice tornozelo-braquial  $< 0,9$ . Entretanto, o ATP IV não considera o espessamento médio-intimal carotídeo, apolipoproteína B ou avaliação de microalbuminúria na estratificação de risco.

O ponto de corte  $\geq 7,5\%$  levou em conta o benefício estabelecido na redução dos desfechos cardiovasculares e a incidência de diabetes com estatinas. Com menor evidência em estudos clínicos, outros tratamentos hipolipemiantes ficaram em segundo plano, nesta diretriz.

**Prof. Dr. Francisco Antonio Helfenstein Fonseca**  
Livre Docente da Disciplina de Cardiologia  
da Escola Paulista de Medicina  
da Universidade Federal de São Paulo  
São Paulo – Brazil  
Vicepresidente de SOLAT

## RESÚMENES

- ACC, AHA: Guías Actualizadas para el Tratamiento del Colesterol Alto..... 3
- Vista Pragmática de las Nuevas Guías de Tratamiento del Colesterol..... 4
- Guías para el Tratamiento de la Obesidad..... 5
- ADA Update: Guías de Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes..... 6
- Manejo de la hipertensión - JNC 8: Después de 10 años..... 7
- Guías para la prevención del ictus en las mujeres..... 9
- Síndrome metabólico y aterosclerosis subclínica aumentan eventos CV ..... 10
- Obesidad infantil en U.S.A..... 10
- Prehipertensión y mortalidad cardiovascular..... 11
- Meta-Análisis encuentra superioridad de los IECA en pacientes con diabetes ..... 11
- Estatina más ezetimiba en pacientes con riesgo de enfermedad CV ..... 12
- Combo de estatina y otro agente hipolipemiante ..... 12
- Fibratos y adiponectina: efectos pleiotrópicos sobre riesgo CV residual? ..... 13

## RESUMEN DE SESIONES DE ASOBAT

- Microalbuminuria como marcador precoz de daño renal y cardiovascular..... 14
- Nuestra actividad..... 15



## CONSEJO EDITORIAL ATEROMA

Dr. Samuel Córdova Roca (Director)

Dr. Eduardo Aranda Torrelio

Dra. Karina Chavarria

Dr. Rubén Peredo

## ACC, AHA: Guías Actualizadas para el Tratamiento del Colesterol Alto

Stone NJ y col. 2013 ACC/AHA Guideline on the Treatment of Blood Cholesterol to Reduce Atherosclerotic Cardiovascular Risk in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*, published online November 12, 2013

- La diferencia principal en las recomendaciones actuales en comparación con las anteriores está relacionada al manejo de la dislipidemia enfocando el tratamiento en los grupos de alto riesgo, en lugar de un blanco lipídico específico. Las estatinas pueden ser eficaces en la reducción de enfermedad cardiovascular (CV) independientemente de sus efectos sobre los niveles de colesterol LDL.
- Los 4 grupos para los cuales se recomienda la terapia con estatinas incluyen a pacientes con enfermedad CV establecida, pacientes con elevación primaria de colesterol LDL de más de 190 mg / dL, pacientes entre 40 y 75 años de edad con diabetes y con niveles de colesterol LDL de más de 70 mg / dL, y los pacientes sin enfermedad CV conocida o diabetes, pero con niveles de colesterol LDL de más de 70 mg / dL y un riesgo a 10 años de enfermedad CV de 7,5% o más.
- El riesgo de enfermedad CV a los 10 años se puede evaluar utilizando las ecuaciones de cohortes. Estas herramientas de evaluación de riesgo han sido validadas entre adultos blancos no hispanos y afroamericanos, independientemente de la presencia de diabetes.
- Las nuevas guías serán aplicadas independiente de si el paciente es mayor de 70 años.
- Otros factores que pueden llevar a considerar el tratamiento con estatinas incluyen antecedentes familiares de eventos CV sobre todo a una edad joven, o niveles elevados de PCR de alta sensibilidad, score de calcio de las arterias coronarias, o índice maléolo-braquial.
- No existen recomendaciones con respecto a los niveles específicos para el colesterol LDL o el colesterol no HDL. Sin embargo, los adultos de 21 años o mayores con valores de colesterol LDL de 190 mg / dL o más se deben tratar para lograr al menos una reducción del 50% en los niveles de colesterol LDL. Si una estatina es insuficiente para obtener este objetivo, se puede añadir otros medicamentos.
- Sin embargo, la práctica de añadir otros fármacos hipocolesterolemiantes a las estatinas para alcanzar metas del colesterol LDL, fracasa en reducir aún más el riesgo de enfermedad cardiovascular.
- Las guías recomiendan la terapia intensiva o moderada con estatinas para pacientes en riesgo. La terapia intensiva incluye atorvastatina 80 mg/día o rosuvastatina 20 mg/día. La terapia moderada incluye diario atorvastatina 10 mg; rosuvastatina 10 mg; simvastatina 20



a 40 mg; pravastatina 40 mg, y lovastatina 40 mg, o fluvastatina 40 mg dos veces al día.

- La terapia intensiva con estatinas se debe aplicar a los pacientes para prevención secundaria de la enfermedad CV y a los que tienen niveles de colesterol LDL de más de 190 mg / dL. Los adultos entre 40 y 75 años de edad con niveles de colesterol LDL entre 70 y 189 mg / dL y DM pueden recibir tratamiento moderado con estatinas. Si los pacientes presentan un riesgo CV elevado en base al score de riesgo pueden recibir terapia moderada o intensiva con estatinas.

- Los niveles de CPK en suero no deben medirse rutinariamente al inicio del estudio, pero se pueden evaluar en el caso de riesgo

elevado de eventos adversos musculares. Los niveles de alanina aminotransferasa deben ser evaluados cuando se inicia una estatina y repetir durante el tratamiento si hay síntomas de hepatotoxicidad

- A los pacientes con molestias musculares relacionadas al uso de estatinas se debe prescribir una dosis menor de la estatina para minimizar el riesgo de efectos adversos mientras se protege al paciente contra las enfermedades cardiovasculares.

- Los pacientes tendrán un control de lípidos a las 4 y 12 semanas de iniciada la terapia con estatinas para determinar la adhesión a la droga.

### IMPLICACIONES CLÍNICAS

- Los 4 grupos para los cuales se recomienda el tratamiento con estatinas en las guías actuales de la ACC / AHA incluyen a los pacientes con enfermedad CV establecida, los pacientes con elevación primaria de colesterol LDL de más de 190 mg / dL, pacientes de entre 40 y 75 años de edad con DM y el colesterol LDL de más de 70 mg / dL, y los pacientes sin enfermedad CV conocida o DM, pero con niveles de colesterol LDL de más de 70 mg / dL y un riesgo a 10 años de episodios de enfermedad CV de > 7,5%.

- Se prefiere el tratamiento inicial intensivo con estatinas para la prevención secundaria de la enfermedad CV y para los pacientes con un nivel de colesterol LDL por encima de 190 mg / dL. Los niveles de CPK no deben ser monitoreados rutinariamente durante el tratamiento, y los pacientes con molestias musculares relacionadas con el uso de estatinas pueden cambiar a una estatina diferente a menor dosis. Repetir un control de lípidos a las 4 a 12 semanas después del inicio de la terapia con estatinas.

Más beneficios, más razones...

**Lipifen**<sup>®</sup>  
ATORVASTATINA 10-20 mg

...para mantener el equilibrio

## Vista Pragmática de las Nuevas Guías de Tratamiento del Colesterol

[ Keaney, JF Jr., Curfman GD, Jarcho JA.. A Pragmatic View of the New Cholesterol Treatment Guidelines *N Engl J Med* 2014;370:275-8. DOI: 10.1056/NEJMms1314569. ]



### CARACTERÍSTICAS DE LAS NUEVAS GUÍAS.

Las guías actuales representan un alejamiento sustancial de las recomendaciones anteriores, que promovían metas específicas de nivel de lípidos en los pacientes dependientes de un nivel de riesgo. Las nuevas directrices se basan en gran medida en los ensayos clínicos aleatorizados y controlados en donde se usaron dosis fijas de estatinas en poblaciones de pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica -ECVA- (infarto de miocardio no fatal, muerte por enfermedad coronaria o accidente cerebrovascular fatal o no fatal).

Usando este nuevo concepto los expertos identificaron cuatro subgrupos de pacientes en quienes los beneficios de las estatinas claramente sobrepasaban los riesgos. Estos subgrupos son pacientes con:

1. Evidencia clínica de ECVA,
2. Niveles de colesterol LDL de al menos 190 mg/dL,
3. Diabetes tipo 1 o 2 y niveles de colesterol LDL de 70 mg/dL o mayor o,
4. Un riesgo de ECVA estimado a 10 años de por lo menos 7.5%, de acuerdo a las nuevas ecuaciones, y niveles de colesterol LDL de por lo menos 70 mg/dL.

En estos grupos de pacientes el tratamiento de alta intensidad con estatinas (para lograr reducir niveles de colesterol LDL  $\geq 50\%$ ) generalmente es recomendado. El tratamiento de moderada intensidad (apunta a una reducción de 30 a  $<50\%$  de niveles de colesterol LDL) está recomendado para pacientes que no pueden tolerar el tratamiento de alta intensidad o aquellos con diabetes y riesgo a 10 años de ECVA menor de 7,5%. Los pacientes que reciben tratamiento con estatinas deben ser monitoreados por una eventual lesión muscular o hepática y por nuevos casos de diabetes.

Una advertencia importante con respecto a las nuevas guías es que también identifican a los pacientes que de acuerdo a la información disponible no pueden tolerar tratamiento con estatinas y para quienes no se hicieron recomendaciones. Estos grupos son los pacientes con:

1. Edad mayor de 75 años, a menos que la ECVA esté presente.
2. Necesidad de hemodiálisis o
3. Insuficiencia cardíaca clases II, III o IV de la Asociación del Corazón de Nueva York.

Finalmente el panel señaló que no encontraron evidencias que validen el uso de medicamentos (no estatinas) que reduzcan el colesterol por sí solo o combinado con estatinas o en pacientes intolerantes a las mismas.

### IMPLICACIONES CLAVES PARA LOS MÉDICOS

Los médicos verán cambios considerables en patrones de práctica a manera que vayan siguiendo las nuevas guías de tratamiento de colesterol incluyendo:

1. Anular el tratamiento de baja intensidad en ciertos grupos de pacientes,
2. Eliminación del cálculo de niveles de C-LDL en pacientes que están recibiendo tratamiento con estatinas porque las metas a alcanzar no están más en vigencia.
3. Anular agentes no estatínicos reductores de C-LDL en pacientes estatina-tolerantes;
4. Uso más conservador de estatinas en pacientes mayores de 75 años sin clínica de ECVA;
5. Reducción del uso de marcadores sustitutos como proteína C reactiva o scores de calcio, y
6. El uso de nuevas calculadoras de riesgo para tratamiento con estatinas

**SINERGIA TERAPÉUTICA**

MAYOR EFICACIA CON MENOS  
EFECTOS ADVERSOS

  
**COLMIBE**<sup>®</sup>  
atorvastatina + ezetimibe



## Guías para el Tratamiento de la Obesidad

2013 AHA/ACC/TOS Guideline for the Management of Overweight and Obesity in Adults: A Report of the American College of Cardiology/  
American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. *Circulation*. published online November 12, 2013

### ASPECTOS DESTACABLES

- Los médicos deben calcular el IMC de sus pacientes al menos una vez al año.
- Los valores de corte actuales en el IMC para definir el sobrepeso y la obesidad son válidos y se correlacionan con resultados negativos para la salud.
- Los pacientes deben ser advertidos de que el aumento del IMC se asocia con un mayor riesgo para DM tipo 2, enfermedad CV y mortalidad por cualquier causa.
- La circunferencia de la cintura se debe medir por lo menos anualmente entre los adultos con sobrepeso y obesidad. Una circunferencia de cintura superior a 102 cm en los hombres y más de 88 cm en las mujeres se considera anormal.
- Los pacientes con sobrepeso, sin otros factores de riesgo importantes, como prediabetes, hipertensión, hiperlipidemia, o circunferencia de cintura aumentada deben recibir consejo sobre dieta y ejercicio con el objetivo de evitar un mayor aumento de peso.
- Los médicos deben evaluar la disposición de los pacientes obesos a perder peso, así como los obstáculos a la reducción de peso.
- Es importante establecer metas realistas para bajar de peso. Beneficios para la salud pueden ocurrir con sólo el 3% y el 5% de pérdida de peso corporal total, pero una buena meta para la mayoría de los pacientes es la pérdida de peso del 5% al 10% del valor inicial durante 6 meses.
- La pérdida de peso se puede lograr de varias maneras. La ingesta calórica de 1200 a 1500 kcal / día para las mujeres y de 1500 a 1800 kcal / día para los hombres suele ser suficiente para reducir la ingesta calórica diaria de al menos 500 kcal / día y promover la pérdida de peso.



- No existe una fuerte evidencia de superioridad de un tipo de dieta de restricción calórica vs otra.
- Las dietas muy bajas en calorías, ingesta de menos de 800 kcal / día, sólo deben utilizarse en situaciones especiales con supervisión estricta.
- La intervención más efectiva de pérdida de peso personal o de grupo es con un intervencionista educado (promedio de reducción de 8 kg durante 6 meses). Los pacientes obesos que antes no han participado de este tipo de intervención deben ser alentados a hacerlo. Más sesiones de tratamiento están relacionadas con un mayor éxito, los autores recomiendan al menos 14 sesiones durante 6 meses.
- Las intervenciones electrónicas que ofrecen asesoramiento personalizado pueden ser eficaces en general, pero el resultado es una menor pérdida de peso vs las intervenciones cara a cara.
- Los programas comerciales de pérdida de peso pueden ser ofrecidos si hay evidencia demostrada de su eficacia en ensayos clínicos de revistas revisadas por pares.
- Los programas estructurados también pueden tener éxito en mantener la pér-

didada de peso después de una intervención exitosa.

- El tratamiento médico y / o la cirugía bariátrica deben ser considerados para pacientes en los que fracasa la terapia primaria de pérdida de peso. No hay pruebas sólidas que apoyen el uso de la cirugía bariátrica en los pacientes con un IMC inferior a 35 kg/m<sup>2</sup>.

### IMPLICACIONES CLÍNICAS

- Las guías actuales de la ACC / AHA recomiendan el cálculo del IMC de todos los pacientes adultos por lo menos anualmente. En los pacientes con sobrepeso u obesidad determinar la circunferencia de la cintura por lo menos una vez al año. Una pérdida de peso de 5% a 10% del peso corporal inicial en 6 meses es adecuado en adultos obesos.
- La pérdida de peso se puede lograr con una ingesta calórica total de 1200 a 1500 kcal / día para las mujeres y desde 1500 hasta 1800 kcal / día para los hombres. El tipo de dieta para bajar de peso no es tan importante. Aunque las intervenciones personalizadas electrónicas pueden ser efectivas, los medios más eficaces para reducir el peso corporal son sesiones intensivas dirigidas por una persona capacitada.

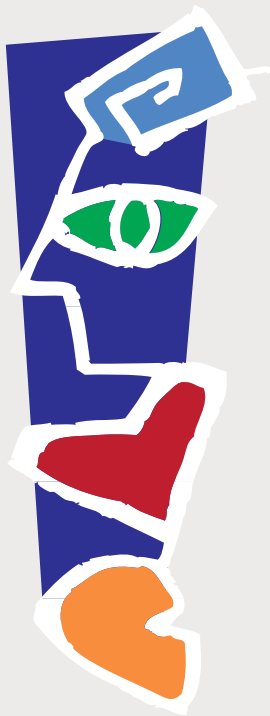


¿Alguna vez **imaginó, soñó y esperó** algo más?

**NABILA**<sup>®</sup>  
Algo más que un  
β-Bloqueante



Una opción diferente  
en hipertensión arterial



**ILTUX**®  
Olmesartán

ProteXión  
bien entendida

## ADA Update: Guías de Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes

Standards of Medical Care in Diabetes — 2014, *Diabetes Care* January 2014 37:S14-S80; doi: 10.2337/dc14-S014



se puede considerar para los pacientes más jóvenes y más saludables.

■ Es preferible una estrategia de tratamiento para la hiperlipidemia focalizada en lograr una reducción en los niveles de colesterol LDL de al menos 100 mg / dL con la terapia con estatinas vs una estrategia de tratamiento con fibratos para controlar los niveles de triglicéridos.

### ASPECTOS DESTACABLES

- Los programas de prevención centralizados en la pérdida de peso y la actividad física son costo-efectivos para reducir el riesgo de diabetes manifiesta en los pacientes de riesgo alto, y estos programas deberían estar cubiertos por terceros.
- Para la mayoría de los pacientes, un nivel meta de HbA1c de menos del 7% es razonable. Una meta más agresiva de menos de 6.5% puede ser apropiado para los pacientes más jóvenes y más saludables.
- La metformina sigue siendo el fármaco de elección inicial para el tratamiento de la diabetes tipo 2 (DM). Si la meta de la glucemia no se cumple dentro de los 3 meses siguientes al inicio de la metformina, se puede añadir una amplia variedad de agentes de segunda línea. La adición de cada medicamento corresponde aproximadamente a una potencial reducción de 1% en los niveles de HbA1c.
- El ejercicio de resistencia ha demostrado ser al menos tan eficaz como el ejercicio aeróbico en la reducción de los niveles de HbA1c en hombres mayores. Los pacientes con DM deben ser alentados a realizar al menos 2 sesiones de entrenamiento de resistencia a la semana como parte de un mínimo de 150 minutos de ejercicio por semana.
- Los pacientes con DM y un IMC superior a 35 kg/m<sup>2</sup> pueden ser considerados para la cirugía bariátrica.
- La serie de vacunas contra la hepatitis B se debe ofrecer a los pacientes diabéticos entre 19 y 59 años, y también se puede considerar para aquellos de mayor edad.
- La meta de presión arterial en pacientes con DM es generalmente inferior a 140/80 mm Hg, aunque un control más estricto

La terapia de combinación con otro fármaco, además de una estatina no parece beneficiar en la reducción de los resultados clínicos.

- La terapia con aspirina para prevención primaria está indicada en general para hombres mayores de 50 años y mujeres mayores de 60 años con DM y al menos un factor de riesgo adicional para la enfermedad cardiovascular.
- El tratamiento con IECA o ARA II no está indicado en los pacientes diabéticos con PA normal y con proteínas normales en orina.
- Los niveles de glicemia en los pacientes con DM. deben generalmente ser mantenidos entre 140 y 180 mg / dL. La hipoglucemia debe evitarse especialmente en los pacientes críticos.

### IMPLICACIONES CLÍNICAS

- Las nuevas recomendaciones de la ADA exigen un valor meta de HbA1c de < 7% y una presión arterial sistólica inferior a 140 mm Hg para la mayoría de los pacientes con DM. Los adultos con diabetes deben ser considerados para recibir la serie de vacunas contra la hepatitis B, no se recomienda la terapia preventiva primaria con un IECA o un ARA II en pacientes con valores normales de PA y de albúmina en orina.



## Manejo de la hipertensión - JNC 8: Después de 10 años

James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb Ch, Handler J, et al. 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8) *JAMA*. 2014; 311(5):507-20.

**E**l panel presenta sus resultados en la forma de nueve recomendaciones, mencionadas a continuación.

### RECOMENDACIÓN 1:

En la población general de 60 o más años, iniciar el tratamiento farmacológico para reducir la tensión arterial (PA) con una presión arterial sistólica (PAS) de 150 mm Hg o mayor, o con una presión arterial diastólica (PAD) de 90 mm Hg o mayor, y tratar hasta una meta de PAS menor de 150 mm Hg y una meta de PAD menor de 90 mm Hg (recomendación fuerte - grado A).

### RECOMENDACIÓN 2:

En la población general menor de 60 años, iniciar el tratamiento farmacológico antihipertensivo para reducir la PAD que sea mayor o igual a 90 mm Hg, y tratar hasta una meta de menos de 90 mm Hg (para edades entre 30 y 59 años es una recomendación fuerte - grado A; para edades entre 18 y 29 años es una opinión de expertos ó la más débil - grado E).

### RECOMENDACIÓN 3:

En la población general menor de 60 años, iniciar el tratamiento farmacológico antihipertensivo para reducir la PAS que sea mayor o igual a 140 mm Hg, y tratar hasta una meta de menos de 140 mm Hg (opinión de expertos - grado E).

### RECOMENDACIÓN 4:

En la población general con 18 o más años de edad y con enfermedad renal crónica, iniciar el tratamiento farmacológico antihipertensivo para reducir la PAS que sea mayor o igual a 140 mm Hg y la PAD que sea mayor o igual a 90 mm Hg, y tratar hasta una meta de menos de 140 mm Hg y menos de 90 mm Hg (opinión de expertos - grado E).

Esta recomendación se aplica a los individuos menores de 70 años, con una filtración glomerular estimada o medida menor de 60 mL/min/1.73m<sup>2</sup>, y a las personas de cualquier edad con albuminuria definida como más de 30 mg de albúmina/g de creatinina con cualquier nivel de filtración glomerular.

En los pacientes con proteinuria (> 3 g/ 24 horas), un análisis a posteriori del estudio MDRD indicó beneficio con el tratamiento hasta una cifra meta más baja (<130/80 mm Hg) en términos de los eventos renales solamente.

Basado en la evidencia disponible, el panel no puede hacer recomendaciones de cifra meta de PA para las personas mayores de 70

años con tasa de filtración glomerular menor de 60 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>. Por lo tanto, cuando se consideren los riesgos y los beneficios de una PA meta más baja en las personas mayores de 70 años con filtración glomerular < 60 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>, el tratamiento antihipertensivo debe individualizarse tomando en consideración factores tales como la fragilidad, las comorbilidades y la albuminuria.

### RECOMENDACIÓN 5:

En la población general con 18 o más años de edad y con diabetes, iniciar el tratamiento farmacológico antihipertensivo para reducir la PAS que sea mayor o igual a 140 mm Hg y la PAD que sea mayor o igual a 90 mm Hg, y tratar hasta una meta de menos de 140 mm Hg y menos de 90 mm Hg respectivamente (opinión de expertos - grado E).

### RECOMENDACIÓN 6:

En la población general, excluyendo a los de raza negra e incluyendo a los diabéticos, el tratamiento inicial debe incluir un diurético tipo tiazida, un bloqueador de los canales de calcio

go primario compuesto por muerte por causas cardiovasculares, infarto de miocardio o accidente vascular cerebral, en comparación con un ARA; ese hallazgo estuvo principalmente determinado por un aumento en el accidente vascular cerebral.

Los bloqueadores alfa-adrenérgicos no fueron recomendados como terapia de primera línea porque en un estudio el tratamiento inicial con un bloqueador alfa resultó en peores resultados cerebrovasculares, de insuficiencia cardíaca y eventos cardiovasculares combinados en comparación con un diurético. No hay estudios aleatorizados de calidad buena o moderada comparando las siguientes clases de drogas con alguna de las clases recomendadas: bloqueadores adrenérgicos duales  $\alpha$ -1 y  $\beta$  (como carvedilol),  $\beta$ -bloqueadores vasodilatadores (como nebivolol), agonistas adrenérgicos centrales  $\alpha$ -2 (como clonidina), vasodilatadores directos (como hidralazina), antagonistas del receptor de aldosterona (como espironolactona), antagonistas adrenérgicos periféricos (como reserpina), y diuréticos de asa (como furosemida). Por lo tanto, esas drogas no se recomiendan como terapia de primera línea.

De manera similar a la población general, esta recomendación se aplica a los que tienen diabetes, porque los estudios aleatorizados que incluyeron a participantes con diabetes no mostraron diferencias en los resultados cardiovasculares o cerebrovasculares mayores en comparación con la población general.

Ya que muchos pacientes requerirán de terapia combinada, el panel sugiere que cualquiera de las 4 clases de

drogas recomendadas como primera línea pueden ser buenas como terapia agregada. En el caso de los diuréticos, esa recomendación se aplica solo a los de tipo tiazidas, incluyendo la clortalidona y la indapamida. Es importante que las dosis se ajusten para conseguir los resultados obtenidos en los estudios clínicos.

### RECOMENDACIÓN 7:

En la población general de pacientes de raza negra, incluyendo a aquellos que tienen diabetes, el tratamiento antihipertensivo inicial debe incluir un diurético tipo tiazida o un bloqueador de los canales de calcio (recomendación moderada - grado B para la población negra, y recomendación débil - grado C para los pacientes negros con diabetes)



(BCC), un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o un bloqueador del receptor de angiotensina (ARA) (recomendación moderada - grado B).

Todas las 4 clases de drogas recomendadas por el panel tienen efectos comparables sobre la mortalidad global y los eventos cardiovasculares, cerebrovasculares y renales, con la única excepción de la insuficiencia cardíaca. El tratamiento inicial con una tiazida fue más efectivo que un BCC o un IECA, mientras que el IECA fue más efectivo que el BCC para mejorar los resultados del fallo cardíaco.

El panel no recomendó a los beta-bloqueadores para el tratamiento inicial de la hipertensión porque en un estudio el uso de un beta-bloqueador resultó en una mayor tasa del hallaz-



La recomendación para pacientes de raza negra con diabetes es más débil que para la población negra en general porque no fue reportada en ninguno de los estudios elegibles. Por lo tanto, la evidencia fue extrapolada de los hallazgos del ALLHAT en diabéticos, y de un análisis post hoc de los pacientes negros con síndrome metabólico, la mayoría de los cuales tenía diabetes, incluidos en el mismo estudio.

#### RECOMENDACIÓN 8:

En la población de >18 años de edad con enfermedad renal crónica e hipertensión, el tratamiento antihipertensivo inicial (o agregado) debe incluir un IECA o un ARA para mejorar los eventos renales. Esto se aplica a todos los pacientes con enfermedad renal crónica e hipertensión, independientemente del grupo étnico o de la presencia de diabetes (recomendación moderada– grado B).

Esta recomendación se aplica a los pacientes con enfermedad renal crónica, con o sin proteinuria. La sugerencia se basa principalmente en los eventos renales, pues ni los IECA ni los ARA mejoraron los eventos cardiovasculares en esos pacientes comparados con un bloqueador beta o un BCC. No hay estudios aleatorizados que hayan comparado directamente un IECA y un ARA, pero ambos se consideran con efectos similares en los eventos renales.

El panel reconoce el potencial conflicto entre esta sugerencia de usar un IECA o un ARA en los pacientes con enfermedad renal crónica e hipertensión y la recomendación 7 de usar un diurético o un BCC en los negros: ¿qué pasaría si es una persona de color con enfermedad renal crónica?

Para responder, el panel recurre a la opinión de expertos. En los negros con enfermedad renal crónica y proteinuria se recomienda un IECA o un ARA como la terapia inicial por la mayor probabilidad de progresión a enfermedad renal terminal. Si no hay proteinuria la elección de la terapia inicial es menos clara e incluye una tiazida, un BCC, un IECA o un

ARA. Ya que la mayoría de estos pacientes requerirá más de una droga para alcanzar la cifra meta de presión arterial, se anticipa que un IECA o un ARA serán usados como terapia inicial o como aquella agregada a un diurético o un BCC en los pacientes negros con enfermedad renal crónica e hipertensión.

#### RECOMENDACION 9:

El principal objetivo del tratamiento es alcanzar y mantener la PA meta. Si esta no se alcanza en un mes de tratamiento, aumentar la dosis de la droga inicial o agregar una segunda medicación de las clases mencionadas en la recomendación 6. El médico debe continuar ajustando el tratamiento hasta que se logre la PA meta. Si ésta no se alcanza aun, agregar y titular una tercera droga de la lista. No usar un IECA y un ARA juntos en el mismo paciente. Pueden usarse fármacos de otras clases si la PA meta no se puede alcanzar usando las drogas recomendadas debido a una contraindicación o la necesidad de usar más de tres medicamentos. Puede estar indicada la referencia a un especialista en hipertensión si la presión meta no puede alcanzarse usando la estrategia anterior o para el manejo de los pacientes complicados (opinión de expertos – grado E).

La novena recomendación se desarrolló en respuesta a la necesidad de asistir en la implementación de las recomendaciones previas. Se trata de una opinión de expertos porque no hay estudios comparativos entre distintas estrategias que hayan medido el impacto sobre los eventos de salud importantes. Cada estrategia debe ser ajustada de acuerdo con las circunstancias individuales, las preferencias del clínico y del paciente, y la tolerabilidad a las drogas. Con cada estrategia los médicos deben evaluar regularmente la PA, estimular los estilos de vida basados en evidencia y en la adherencia, y ajustar el tratamiento hasta alcanzar y mantener la meta.

En situaciones específicas, una droga antihipertensiva puede ser sustituida por otra si se percibe que no es efectiva o si hay efectos adversos.

**ProteXión CombinaXión**  
para sus pacientes

**NUEVO**

diabetes  
obesidad  
síndrome metabólico  
HTA no controlada  
dislipemia

para sus pacientes

En  
Hipertensión Arterial  
hay una  
**NUEVA COMBINACIÓN**

**ILTUXAM**<sup>®</sup>  
Olmesartán y amlodipina



## Guías para la prevención del ictus en las mujeres

Bushnell C, McCullough LD, Awad IA, Chireau MV, Fedder WN, Furie KL, y col. **Guidelines for the Prevention of Stroke in Women. A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association.** *Stroke.* 2014; 45:000-000

**E**l objetivo de estas guías es resumir los datos sobre factores de riesgo de accidente cerebrovascular que son únicos y más comunes en las mujeres que en los hombres y ampliar los datos que figuran en las directrices previas sobre ictus y prevención cardiovascular en mujeres. Esta guía se centra en los factores de riesgo único a las mujeres, tales como los factores reproductivos, y aquellos que son más comunes en ellas, incluyendo la migraña con aura, la obesidad, el síndrome metabólico y la fibrilación auricular.

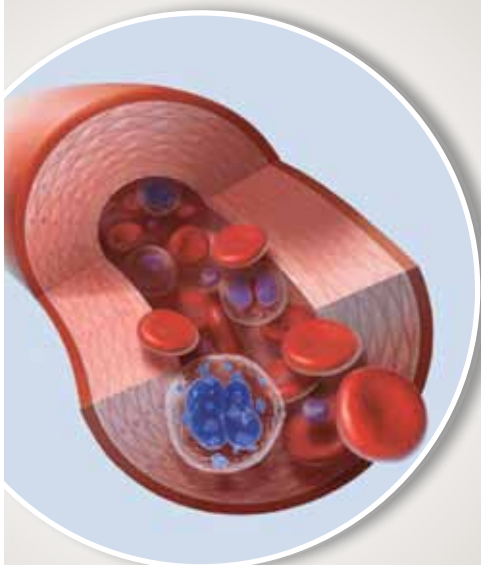
Los autores proveen evidencia actual, las brechas en investigación y las recomendaciones sobre el riesgo de accidente cerebrovascular relacionado con la preeclampsia, los anticonceptivos orales, la menopausia y el reemplazo hormonal, así como aquellos factores de riesgo más comunes en las mujeres y ya descritos.

Concluyen que con el fin de reflejar con mayor exactitud el riesgo de accidente cerebrovascular en las mujeres durante toda la vida, así como las brechas en los scores de riesgo, consideran que se justifica una puntuación de riesgo de accidente cerebrovascular específica para mujeres.

Factores de riesgo de accidente cerebrovascular, clasificados por ser propios de cada sexo, más fuertes o más prevalentes en mujeres, o similares entre hombres y mujeres.



Factor de riesgo	FR sexo-específico	FR que son más fuertes o prevalentes en mujeres	FR con similar prevalencia en H y M pero con impacto desconocido
Embarazo	+		
Preeclampsia	+		
Diabetes gestacional	+		
Anticonceptivos orales	+		
Terapia hormonal	+		
Cambios hormonales	+		
Migraña con aura		+	
Fibrilación auricular		+	
Diabetes Mellitus		+	
Hipertensión		+	
Inactividad física			+
Edad			+
Enfermedad CV previa			+
Obesidad			+
Dieta			+
Tabaquismo			+
Síndrome metabólico			+
Depresión		+	
Estrés psicosocial		+	



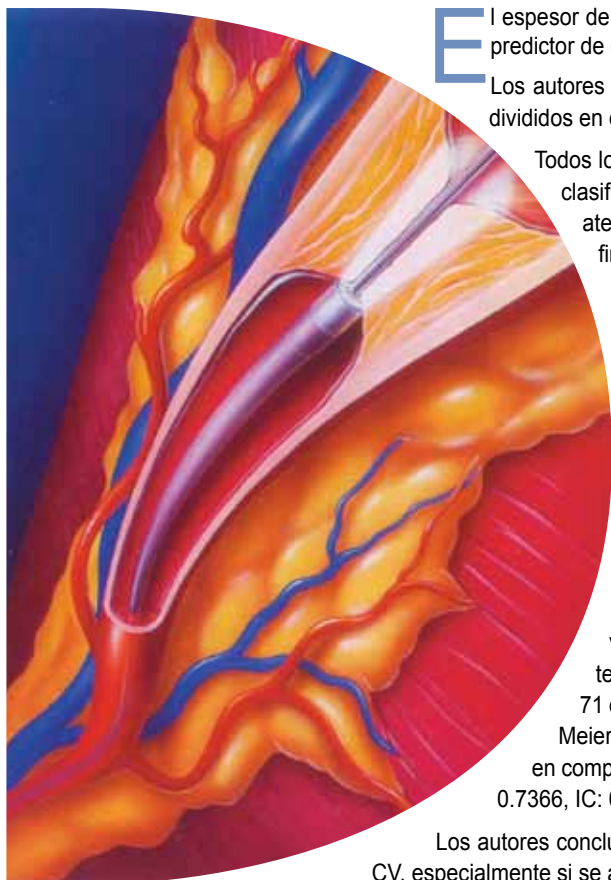
# RAVALGEN®

**CLOPIDOGREL 75mg**

**“Seguridad Antitrombótica Superior”**

## Síndrome metabólico y aterosclerosis subclínica aumentan eventos CV

Novo S, Peritore A, Trovato RL, Guarneri FP, Di Lisi D, Muratori I y col. **Preclinical Atherosclerosis and Metabolic Syndrome Increase Cardio- and Cerebrovascular Events Rate: a 20-year follow up.** *Cardiovasc Diabetol* 2013; 12(1):155 <http://www.cardiab.com/content/12/1/155>



**E**l espesor de la íntima-media (EIM) es un marcador validado de aterosclerosis preclínica y un predictor de eventos cardiovasculares (CV).

Los autores estudiaron una población de 529 pacientes asintomáticos (62 años  $\pm$  12,8 años), divididos en dos grupos de sujetos, con y sin síndrome metabólico (SM).

Todos los pacientes, al inicio del estudio, tenían una evaluación de ultrasonido carotídeo y clasificados en dos subgrupos: el primero sin lesiones ateroscleróticas y el segundo con aterosclerosis preclínica (aumento del EIM o placa carotídea asintomática). Puntos finales cardiovasculares fueron investigados en 20 años de seguimiento.

Hubo 242 eventos CV: 144 en los pacientes con SM y 98 entre los controles sanos (57.4% vs 35.2%,  $p < 0,0001$ ). Ocurrieron 63 eventos en pacientes con arterias carótidas normales, mientras que 179 eventos se produjeron en pacientes con aterosclerosis preclínica (31.8% vs 54.1%,  $p < 0,0001$ ). De los 144 eventos totales que ocurrieron en pacientes con SM, 36 eran del subgrupo con arterias carótidas normales y 108 del subgrupo con aterosclerosis preclínica (45% vs 63.15%,  $p = 0,009$ ). Se registraron 98 eventos en pacientes sin SM, de los cuales 27 eran del subgrupo con arterias carótidas normales y 71 del subgrupo con aterosclerosis preclínica (22.88% vs 44.37%,  $p = 0,0003$ ). Además, teniendo en cuenta los 63 eventos totales que se produjeron en pacientes sin lesiones ateroscleróticas, 36 de ellos se registraron en el subgrupo con SM y 27 en el subgrupo sin SM (45% vs 22,88%,  $p = 0,0019$ ). Finalmente, en 179 eventos totales registrados en pacientes con aterosclerosis carotídea preclínica, 108 ocurrieron en el subgrupo con SM y 71 ocurrió en el subgrupo sin SM (63.15% vs 44.37%,  $p = 0,0009$ ). La curva de Kaplan-Meier mostró una mejoría en la supervivencia en pacientes sin lesiones ateroscleróticas en comparación con los pacientes con alteraciones en la ecografía carotídea ( $P = 0,01$ , HR: 0.7366, IC: 0.5479 a 0.9904).

Los autores concluyen que la aterosclerosis preclínica conduce a un aumento del riesgo de eventos CV, especialmente si se asocia con síndrome metabólico.

## Obesidad infantil en U.S.A.

Cunningham SA, Kramer MR, and Narayan KMV. **Incidence of Childhood Obesity in the United States.** *N Engl J Med* 2014; 370:403-411

**A**unque el aumento de la prevalencia de la obesidad infantil en los Estados Unidos se ha documentado, se conoce poco sobre su incidencia. Se presenta aquí la incidencia nacional de la obesidad entre los niños de escuela primaria.

Los autores evaluaron los datos del Estudio Longitudinal de la Niñez Temprana, Kindergarten 1998-1999, una cohorte prospectiva representativa de 7,738 participantes que se encontraban en el jardín de infantes en 1998 en los Estados Unidos. El peso y la talla se midieron siete veces entre 1998 y 2007. De los 7,738 participantes, 6,807 no eran obesos al inicio del estudio; estos participantes fueron seguidos por 50,396 personas-año. Utilizaron umbrales estándar de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades para definir categorías de "sobrepeso" y de "obesos". Se estimó la incidencia anual de la obesidad, la incidencia acumulada en más de 9 años, y la densidad de incidencia (casos por persona año) en general y de acuerdo con el sexo, el nivel socioeconómico, la raza o grupo étnico, el peso al nacer y el peso en kindergarten.

Cuando los niños entraron en el jardín de infantes (edad promedio, 5.6 años), el 12.4% eran obesos y otro 14.9% tenían sobrepeso, y en el octavo grado (edad promedio, 14.1 años), el 20.8% eran obesos y el 17.0% tenía sobrepeso. La incidencia anual de la obesidad se redujo de 5.4% en el jardín de infantes hasta el 1.7% entre quinto y octavo grado. Con sobrepeso a los 5 años de edad eran cuatro

veces más propensos que los niños de peso normal a ser obesos (incidencia acumulada de 9 años, 31,8% frente a 7,9%), con tasas de 91,5 versus 17,2 por 1.000 personas-año. Entre los niños que se convirtieron en obesos entre las edades de 5 y 14 años, casi la mitad había tenido sobrepeso y el 75% había estado por encima del percentil 70 para el índice de masa corporal al inicio del estudio.

La incidencia de obesidad entre las edades de 5 y 14 años era más probable que haya ocurrido en las edades más jóvenes, principalmente entre los niños que habían entrado en el jardín de infantes con sobrepeso. (Financiado por el Instituto Nacional Eunice Kennedy Shriver de Salud Infantil y Desarrollo Humano.)



## Prehipertensión y mortalidad cardiovascular

Huang Y, Su L, Cai X, Mai W, Wang S, Hu Y, y col. **Association of all-cause and cardiovascular mortality with prehypertension: A meta-analysis.** *Am Heart J* 2014; 167(2):160-8

Los estudios de la prehipertensión y la mortalidad son polémicos después de ajustar con otros factores de riesgo cardiovascular. Este metaanálisis procuró evaluar la asociación de la prehipertensión con la mortalidad cardiovascular (CV) y de toda causa.

Se revisaron PubMed, EMBASE, Cochrane Library, y las actas de congresos en búsqueda de estudios con datos sobre la prehipertensión y la mortalidad. Los riesgos relativos (RR) de mortalidad por toda causa, por enfermedad CV, por enfermedad cardíaca coronaria (ECC), y por accidente cerebrovascular fueron calculados y presentados con IC del 95%. Los análisis de subgrupos se realizaron de acuerdo con la presión arterial, la edad, el género, la etnia, la duración del seguimiento, el número de participantes y las características del estudio.

Los datos de 1,129,098 participantes se obtuvieron a partir de 20 estudios de cohortes prospectivos. La prehipertensión aumentó significativamente el riesgo de mortalidad por enfermedad CV, ECC, accidente cerebrovascular (RR 1.28, IC del 95%: 1.16 a 1.40; RR 1.12, IC del 95%: 0.1.02 a 0.1.23, y RR 1.41, IC del 95%: 1.28 a 1.56, respectivamente), pero no incrementó el riesgo de mortalidad por cualquier causa tras el ajuste de multivariantes (RR 1.03, IC del 95%: 0.97 a 1.10). La diferencia entre la mortalidad por ECC y por accidente cerebrovascular fue significativa ( $P < 0,001$ ). Los análisis de subgrupos mostraron que la mortalidad por ECV fue significativamente mayor en la prehipertensión de alto rango (RR 1.28, IC del 95%: 1.16 a 1.41), pero no en la prehipertensión de bajo rango (RR 1.08, IC del 95%: 0.98 a 1.18).

En conclusión, la prehipertensión se asocia con la mortalidad por ECV, sobre todo con la provocada por accidente cerebrovascular, pero no con toda causa de mortalidad. El riesgo de fallecer por ECV es conducido en gran medida por la prehipertensión de alto rango.



## Meta-Análisis encuentra superioridad de los IECA en pacientes con diabetes

Wu HY, Huang JW, Lin HJ, Liao WC, Peng YS, Hung KY y col. **Comparative effectiveness of renin-angiotensin system blockers and other antihypertensive drugs in patients with diabetes: systematic review and bayesian network meta-analysis** *BMJ* 2013; 347: 16008 doi: 10.1136/bmj. 16008

El objetivo era evaluar los efectos de las diferentes clases de tratamientos antihipertensivos, incluyendo la monoterapia y la terapia combinada, en la supervivencia y principales resultados renales en pacientes con diabetes.

Los estudios seleccionados fueron los ensayos clínicos aleatorizados de tratamiento antihipertensivo [IECA, ARA II, bloqueadores  $\alpha$ , bloqueadores  $\beta$ , bloqueador de canales de calcio (BCC), diuréticos y sus combinaciones] en pacientes con diabetes, con un seguimiento de al menos 12 meses, reportando todas las causas de mortalidad, necesidad de diálisis o duplicación de los niveles de creatinina sérica. Se analizaron 63 ensayos con 36, 917 participantes, entre ellos 2,400 muertes, 766 pacientes que requirieron diálisis, y 1,099 pacientes cuyo nivel de creatinina sérica se había duplicado. En comparación con el placebo, sólo los IECA redujeron significativamente la duplicación de los niveles de creatinina sérica (OR: 0.58, 95 % CI 0.32 a 0.90), y sólo los bloqueadores  $\beta$  mostraron una diferencia significativa en la mortalidad (OR: 7.13, 95 % CI 1.37 a 41.39). Las comparaciones entre los tratamientos no mostraron significación estadística en los resultados de la diálisis. Aunque los efectos beneficiosos de los IECA en comparación con los ARA II no alcanzaron significación estadística, los IECA mostraron consistentemente mayores probabilidades de estar en posición superior en el ranking de los tres resultados. Aunque el efecto protector de un IECA más BCC comparado con el placebo no fue estadísticamente significativo, el ranking de tratamiento identificó esta terapia combinada de tener la mayor probabilidad (73,9 %) para ser el mejor tratamiento en la reducción de la mortalidad, seguido por IECA más diuréticos (12,5 %), IECA (2,0%), BCC (1,2 %) y los ARA II (0,4%).

Los autores concluyen en la superioridad de la utilización de los IECA y su efecto renoprotector en pacientes con diabetes y que la evidencia disponible no ha mostrado un mejor efecto de los ARA II en relación a los IECA. Teniendo en cuenta el costo de los medicamentos, los resultados apoyan el uso de los IECA como agentes antihipertensivos de primera línea en pacientes con diabetes. Los BCC pueden ser el tratamiento preferido en combinación con IECA si no se puede alcanzar un control adecuado de la presión arterial solo con los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina.

**ILTUXAM®**  
Olmesartán y amlodipina



Olmesartán

Amlodipino

**ILTUXAM®**  
Olmesartán y amlodipina

En Hipertensión Arterial hay una  
**NUEVA COMBINACIÓN**

**ProteXión**  
Combinación  
para sus pacientes





## Estatina más ezetimiba en pacientes con riesgo de enfermedad CV

Kondo Y, Hamai J, Nezu U, Shigematsu E, Kamiko K, Yamazaki S y col. **Second-line treatments for dyslipidemia in patients at risk of cardiovascular disease.** *Endocr J* 2014 Jan 22 (Epub ahead of print)



Estudios anteriores han demostrado que aproximadamente el 50% de los pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular (CV) no logran las metas del manejo de lípidos. Por lo tanto, se necesita mejorar el manejo de la dislipidemia. Investigamos la elección y la eficacia clínica de los tratamientos de segunda línea para la dislipidemia en el ámbito clínico japonés.

Estudio poblacional compuesto de 641 pacientes que habían sido tratados con hipolipemiantes a una dosis estable por lo menos 12 semanas. Utilizando un diseño de cohorte retrospectivo, los datos del perfil de lípidos se recogieron de ellos. De acuerdo con el protocolo del estudio, un tratamiento de segunda línea para la

dislipidemia se administró a los que no habían alcanzado los objetivos para el C-LDL. Las mejores selecciones para el tratamiento de segunda línea fueron agregar ezetimiba, cambiar a las estatinas fuertes (cambio de estatinas), y duplicar la dosis de estatina original (duplicar estatina).

Los resultados del estudio mostraron disminución en los niveles de C-LDL en un  $28.2 \pm 14.5\%$  tras la adición de ezetimiba, un  $23.2 \pm 24.4\%$  con cambio de estatinas y  $23.5 \pm 17.2\%$  con duplicación de la dosis. La disminución máxima de los niveles de C-LDL se logra mediante la adición de ezetimiba. Además, disminuyen en los cambios basales ajustados en la hemoglobina A1c (HbA1c), también se observaron en pacientes con disglucemia, con la adición de ezetimiba, cambio de estatina y duplicación de dosis, pero las diferencias entre estos tratamientos no fueron estadísticamente significativas ( $-0.10 \pm 0.62\%$ ,  $-0.22 \pm 0.54\%$  y  $-0.12 \pm 0.52\%$ ,  $p = 0.19$ ).

En conclusión, el estudio mostró que las opciones de tratamiento de segunda línea más comunes para la dislipidemia fueron agregando ezetimiba, cambio de estatinas o duplicación de estatinas. Mayor reducción en los niveles de C-LDL fue posible con la adición de ezetimiba. Sin embargo, cuando se administró con el tratamiento convencional de la diabetes, estas estrategias no aumentaron los niveles de hemoglobina glicosilada.

## Combo de estatina y otro agente hipolipemiante

Gudzine KA, Monroe AK, Sharma R, Ranasinghe PD, Chelladurai Y, and Robinson KA. **Effectiveness of Combination Therapy With Statin and Another Lipid-Modifying Agent Compared With Intensified Statin Monotherapy: A Systematic Review.** *Ann Intern Med* 2014 Feb 11 doi: 10.7326/M13-2526.

Algunos pacientes no toleran o no responden a la monoterapia de alta intensidad con estatinas. Una de ellas dada a menor intensidad combinada con medicamentos no estatínicos puede ser una alternativa, pero los riesgos y beneficios y los riesgos en comparación con los de la monoterapia de alta intensidad con estatina no están claros.

Los autores comparan los beneficios clínicos, la adhesión y los daños de la terapia combinada con estatina de menor intensidad versus la monoterapia con aquella de alta intensidad en adultos con alto riesgo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ECVA).

Se incluyeron un total de 36 ensayos. La terapia de estatina de baja intensidad más un secuestrante de ácidos biliares disminuye el C-LDL de 0% a 14% más que la monoterapia a mediana intensidad entre los pacientes hiperlipidémicos de alto riesgo. La combi-

nación de estatina a intensidad media más ezetimiba disminuye el C-LDL de 5% a 15% y 3% a 21% más que la monoterapia de alta intensidad entre los pacientes con ECVA y diabetes mellitus, respectivamente. La evidencia era insuficiente para evaluar el C-LDL para los fibratos, la niacina y los ácidos grasos omega 3. Lo propio ocurría para los resultados clínicos a largo plazo, la adhesión, y los daños para todos los regímenes.

En conclusión, los médicos pueden considerar el uso de la combinación de estatinas a menor intensidad con secuestradores de ácidos biliares o ezetimiba en los pacientes de alto riesgo que no toleran o no responden a las estatinas, sin embargo, esta estrategia se debe utilizar con precaución debido a la falta de evidencia sobre los beneficios y los daños clínicos a largo plazo.

**SINERGIA TERAPÉUTICA**

MAYOR EFICACIA CON MENOS  
EFECTOS ADVERSOS

  
**COLMIBE**<sup>®</sup>  
atorvastatina + ezetimibe

## Fibratos y adiponectina: efectos pleiotrópicos sobre riesgo CV residual?

Sahebkar A, Watts GF. Fibrate therapy and circulating adiponectin concentrations: a systematic review and meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Atherosclerosis* 2013; 230(1):110-20.

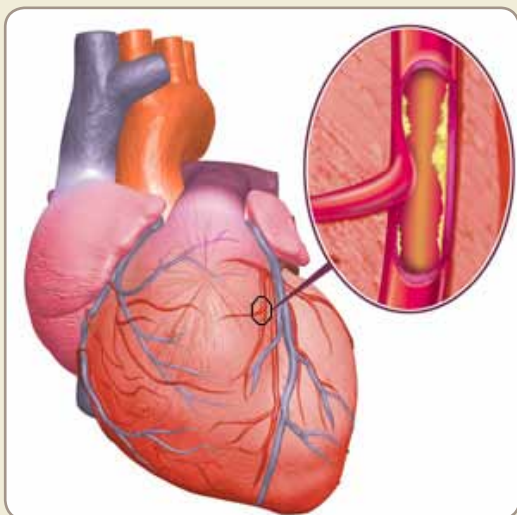
**B**asados en la evidencia de una asociación inversa entre los niveles de adiponectina plasmática y el desarrollo de eventos cardiovasculares, este estudio investigó la evidencia de los ensayos clínicos disponibles en relación al impacto de la terapia con fibratos en los niveles circulantes de adiponectina.

Fue una revisión sistemática y meta-análisis de ensayos aleatorios controlados con placebo del tratamiento con fibratos, incluyendo la medición de adiponectina

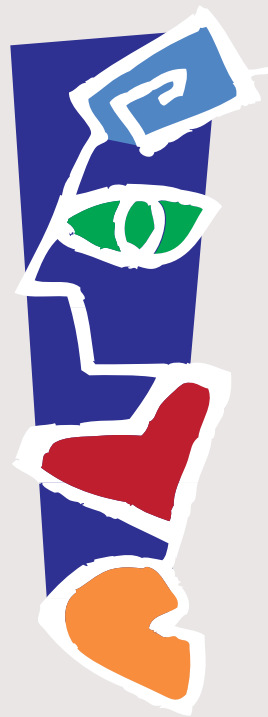
Se encontraron 769 sujetos (con dislipidemia, diabetes tipo 2, enfermedad coronaria, síndrome metabólico, obesidad y / o infección por virus de la inmunodeficiencia humana) en 12 estudios aleatorios controlados con placebo (10 con fenofibrato, rango de dosis 145-200 mg / día y 2 con bezafibrato 400 mg / día).

El tratamiento con fibratos tuvo un efecto significativo en el aumento de los niveles circulantes de adiponectina en plasma / suero (diferencia media ponderada: 0.38 mg / mL, y el 95% intervalo de confianza: 0.13 a 0.63 mg / mL,  $p = 0.003$ ). Este efecto permaneció significativo cuando se analizaron sólo los ensayos con fenofibrato (IC 0.31 (95% 0.21 a 0.42) mg / mL,  $p < 0.00001$ ). Los análisis de sensibilidad mostraron que este efecto era fuerte e independiente de la dosis de fibratos.

Los autores concluyen que este meta-análisis sugiere que la terapia con fibratos incrementó los niveles circulantes de adiponectina. Si el aumento de los niveles de adiponectina contribuye a la reducción de los efectos cardiovasculares en sujetos con dislipidemia tratados con fibratos merece mayor investigación.



Ahora, en hipertensión arterial hay una nueva manera de escribir



ProteXión

ILTUX<sup>®</sup> Olmesartán

ILTUX<sup>®</sup>HCT  
Olmesartán/HCT

ProteXión bien entendida

ILTUXAM<sup>®</sup>  
Olmesartán y amlodipina



El tratamiento que combina EFICACIA y PROTECCIÓN, para reducir el riesgo cardiovascular en 1 solo comprimido.<sup>1,2,3</sup>

El ARA-II más eficaz, ahora potenciado<sup>4</sup>

ProteXión  
CombinaXión  
para sus pacientes



## RESUMEN DE SESIONES DE ASOBAT

## Microalbuminuria como marcador precoz de daño renal y cardiovascular

Dra. Gloria Ayala Bluske\*

**E**l aumento de la prevalencia de la enfermedad cardiovascular (ECV) y de la enfermedad renal crónica (ERC) lleva a la necesidad de buscar marcadores tempranos que sean capaces de identificar sujetos con alto riesgo de sufrir complicaciones cardiovasculares (CV) y/o renales. Uno de estos marcadores es la excreción urinaria de albúmina en cantidades anormales - microalbuminuria (MAU)-.



vascular y aterosclerosis, conclusiones apoyadas en estudios como: HOPE, LIFE, PREVEND, ONTARGET y otros.

Es posible prevenir y/o regresar la MAU con la utilización de IECA o ARA II (estudios BENEDICT, IRMA II, ADVANCE). El estudio AVOID mostró una reducción significativa de MAU sin estar asociada a reducción de la

PA. Las intervenciones terapéuticas en pacientes con MAU con riesgo de eventos renales o CV deben estar enfocadas a utilizar IECA o ARA II, con estricto monitoreo de la VFG y del K sérico durante por lo menos las primeras 8 semanas de tratamiento. La utilización de Aliskiren - Inhibidores Directos de la Renina (IDR) - puede proporcionar una reducción óptima de la MAU.

La MAU es definida como la excreción de albumina por el riñón en el rango entre 30 y 300 mg/24 h. Lo situado sobre 300 mg/día se denomina proteinuria. Sin embargo el cociente albuminuria/creatinuria en mg/g tiene una excelente correlación con la medición de proteinuria en orina de 24 horas. Para su correcta interpretación se debe tener en cuenta las condiciones que incrementan la MAU, entre ellas: insuficiencia cardíaca (ICC), embarazo, ejercicio extenuante, fiebre, posición prolongada de pie, consumo excesivo de alcohol, sobrecarga salina o proteica, contaminación de flujo vaginal, etc.

La controversia surge al plantearse la utilización de terapia combinada con IECA y ARA II, este tratamiento estaría sugerido cuando con monoterapia y un óptimo control de la PA, el paciente persiste con proteinuria mayor de 1 gramo/día. El estudio COOPERATE concluye que la combinación de un ARA II con IECA retarda la progresión de la enfermedad renal en comparación con la monoterapia. Sin embargo el estudio NEPHRON-D, (*NEJM* noviembre 2013) - que utilizaba tratamiento combinado con Inhibidores de la angiotensina en el tratamiento de la nefropatía diabética-, se detuvo antes de tiempo debido a preocupaciones de seguridad (mortalidad, hiperpotasemia e insuficiencia renal aguda). Los autores concluyeron que la terapia combinada IECA+ARA II se asoció con un mayor riesgo de eventos adversos en los pacientes con nefropatía diabética.

En Diabetes Mellitus (DM) la MAU es considerada como marcador precoz de daño renal y riesgo vascular, asociándose a hipertrofia de VI é ICC. En hipertensos y en la población en general es un marcador de riesgo vascular, traduciendo el grado de disfunción endotelial, riesgo de enfermedad coronaria y ACV.

Tiene significado de daño glomerular en: nefroangioesclerosis conectivopatías, glomerulonefritis, DM, HAS, es indicador de daño microangiopático y marcador pronóstico de daño parenquimatoso, se le atribuye también valor predictivo para enfermedad macro-

\*Médico especialista en Medicina Interna

¿Alguna vez **imaginó, soñó y esperó** algo más?

**NABILA**<sup>®</sup>  
nebivolol 2,5/5/10 mg

Algo más que un  $\beta$ -Bloqueante



# 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:

19/02/14	ATP-4...Nos permite un mejor control de la dislipidemia?	Dr. Samuel Córdova-Roca
26/03/14	La transición de esteatohepatitis a cirrosis	Dra. Blanca Olaechea

## 2014 Eventos para Recordar

13 a 16 de marzo	<b>The 3rd Latin America Congress in Diabetes, Obesity and Hypertension.</b> Panama city, Panama.
21 y 22 de marzo	<b>XVIII Curso Internacional de Diabetes.</b> Bogotá, Colombia Informes: Iván Darío Sierra e-mail: sysco79@gmail.com
29 a 31 de marzo	<b>ACC. 14.</b> Washington DC. USA
7 y 8 de abril	<b>XIII Clínicas Internacionales en Diabetes.</b> Asociación de Diabéticos de Chile- ADICH. Santiago de Chile
24 a 26 de abril	<b>Forum Internacional de Diabetes.</b> Bourbon Cataratas Convention. Foz do Iguacu -PR- Brasil www.idf2014.com
4 a 7 de mayo	<b>World Congress of Cardiology.</b> World Heart Federation. Melbourne, Australia
de mayo	<b>I Jornadas Paraguayo Argentinas de Aterosclerosis. Sociedad Paraguaya de Aterosclerosis.</b> Encarnación, Paraguay.
31 de mayo a 3 de junio	<b>82nd EAS Congress.</b> European Atherosclerosis Society. Madrid, España
14 a 17 de junio	<b>74th Scientific Sessions ADA 2014 Annual Meeting</b> - San Francisco, CA, USA
30 de agosto a 3 de septiembre	<b>ESC Congress 2014.</b> Barcelona, España.
10 a 12 de septiembre	<b>VIII Curso Internacional de Actualización en Diabetes. V Curso ALAD de Diabetes.</b> La Paz, Bolivia. Informes: e-mail samcordovaroca@gmail.com
15 a 19 de septiembre	<b>50th EASD Annual Meeting,</b> Vienna, Austria
23 a 26 de septiembre	<b>Congreso Nacional de Medicina Interna.</b> Hotel Radisson. Montevideo, Uruguay
8 a 11 de octubre	<b>MEDINT2014.</b> Sociedad Cruceña de Medicina Interna. Hotel Buganvillas. Santa Cruz, Bolivia.
24 a 28 de octubre	<b>WCIM 2014. 32nd World Congress of Internal Medicine.</b> Seul, Corea
4 a 7 de noviembre	<b>1º Congreso Internacional Ibero-PanAmericano de Medicina Interna. XXII Congreso Nacional de Medicina III. Congreso Internacional de Medicina Hospitalaria XXXIX Jornadas de Residencias de Medicina Clínica. VI Jornada Internacional de Residentes de Medicina Interna.</b> Universidad Católica, Puerto Madero. Buenos Aires, Argentina.
12 a 15 de noviembre	<b>IX Congreso Internacional de Factores de Riesgo de Aterosclerosis (FRATEROS 2014) y Curso Latinoamericano de Diabetes.</b> Hotel Habana Riviera, La Habana, Cuba. Informes: e-mail jfbritto@infomed.sld.cu
15 a 19 de noviembre	<b>AHA. 14 Scientific Sessions.</b> Chicago, Illinois, USA
3 a 6 de diciembre	<b>LIV Congreso Internacional de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología A.C.</b> Mérida, Yucatán

## 2015

8 a 11 de mayo	<b>IX Congreso SOLAMI.</b> Punta Cana, República. Dominicana,
24 a 27 de mayo	<b>XVII Simposio Internacional sobre Aterosclerosis (ISA),</b> Amsterdam, Países Bajos.

*no deje que la vida  
se detenga*



para la claudicación intermitente  
**CLAUTER**  
cilostazol 50 / 100 mg



Mejora la marcha  
libre de dolor  
y la calidad de vida  
del paciente.

## CONSEJO EDITORIAL INTERNACIONAL

Dra. M. Loreto Aguirre	Chile
Dr. Manlio Blanco	México
Dr. Manuel Carrageta	Portugal
Dr. José E. Fernández-Britto	Cuba
Dr. Francisco Fonseca	Brasil
Dra. Gloria Larrabure	Perú
Dra. Silvia Lissman	Uruguay
Dr. Emilio Ros	España
Dr. Iván Darío Sierra	Colombia
Dr. Jorge Solano	Paraguay
Dr. Pedro A. Tesone	Argentina
Dr. Jorge E. Torres	Uruguay
Dr. Hermes Xavier	Brasil
Dr. Rafael Violante	México
Dr. Adolfo Zavala	Argentina

## DIRECTIVA ASOBAT (2013 - 2015)

### PRESIDENTE

Dra. Wilma Salinas Valenzuela

### VICEPRESIDENTE

Dr. David Navia Monje

### SECRETARIA GENERAL

Dra. Karina Chavarría López

### TESORERA

Dra. Gloria Ayala Bluske

### VOCALÍAS:

**CIENTÍFICA:** Dra. Eliana Cárdenas Guzmán

**RELACIONES:** Dra. Elma Rossell S.

**PRENSA Y PROPAGANDA:** Dr. Félix Loza Chacón

**DIFUSIÓN:** Dr. Eligio Copari

### DELEGADO SOLAT:

Dr. Samuel Córdova-Roca

Para mayor información sobre SOLAT y revisar los números publicados de nuestro boletín ATEROMA, visite nuestros sitios web.

**Blog SOLAT** [solat.org](http://solat.org)

Responsable Dr. Hugo Celauro (Paraguay)

[www.solatcolombia.org](http://www.solatcolombia.org)

## DIRECTIVA Asociación Peruana de Estudio de la Obesidad y Aterosclerosis- APOA

<b>Presidente:</b>	Dr. Walter Arturo Maceda Núñez
<b>Vicepresidente:</b>	Dr. Rubén Kogan Furman
<b>Secretario General:</b>	Dr. Juan Manuel Falen Boggio
<b>Secretario de Filiales:</b>	Dra. Marlene Betzi Pantoja Torres
<b>Secretaria de Acción Científica:</b>	Dra. María Isabel Rojas Gabullí
<b>Secretaria de Finanzas:</b>	Dra. Cecilia Cassina Ramón
<b>Vocal de Ética y Calificación</b>	Dr. Ramiro Noé Carbajal Nicho
<b>Vocal de Publicaciones:</b>	Lic. Isabel Lucía Guzmán Ganoza
<b>Paspresidente:</b>	Dr. Luis Humberto Zapata Rincón

## DIRECTIVA Sociedad Paraguaya de Aterosclerosis - SPA

<b>Presidente:</b>	Dr. Jorge González Ruiz Díaz
<b>Vicepresidente:</b>	Dra. Aida Caballero Cantero
<b>Secretaria:</b>	Dra. Diana Yuruhan
<b>Tesorero:</b>	Dr. Edgar Aguilera
<b>Vocales:</b>	Dr. Aldo Benítez
	Dr. Lorenzo Elizaur
	Dra. Susana Marín
	Dr. Javier Gómez
	Dra. Reina Guimaraes
<b>Síndico:</b>	Dr. Hugo Celauro

## Junta Directiva SOLAT Capítulo Colombiano 2013-2015

<b>Presidente:</b> Dra. Clara Eugenia Pérez	<b>Director Ejecutivo:</b>
<b>Vicepresidente:</b> Dr. Carlos Calderón Ribero	Prof. Dr. Iván Darío Sierra Ariza
<b>Secretario:</b> Dr. John Feliciano Alfonso	<b>Delegado Internacional:</b>
<b>Tesorerera:</b> Dra. María Lucía Iregui	Dr. Jaime Brugés Ruiz
<b>Vocales:</b> Dr. Duvert Gutierrez	
	Dr. José Morón
	Dr. Jaime Ronderos
	Dr. Álvaro Márquez

**ILTUXAM®**  
olmesartán y amlodipino

RECOMENDACIONES DE LAS GUÍAS DE TRATAMIENTO ESH / ESC - JNC7<sup>1,4</sup>

Iniciar el tratamiento con 2 fármacos, ya sea como prescripciones separadas o en combinaciones de dosis fija, es la opción más recomendada por estas guías.

ProteXión CombinaXión para sus pacientes

en **1** solo comprimido

HTA recién diagnosticada  
diabetes  
obesidad  
síndrome metabólico  
HTA no controlada  
dislipemia