



# ATEROMA

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

Septiembre 2014

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

Volumen 11 N°3

## Autoridades de la SOLAT 2013-2015

### Presidente

Dr. Alejandro Díaz Bernier Colombia

### Vicepresidente

Dr. Francisco Fonseca Brasil

### Secretario

Dr. Alejandro Yenes Chile

### Tesorera

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





## Enfermedades Cardiovasculares (ECV) en Países de Bajos y Medianos Ingresos

**D**e acuerdo a la OMS las ECV son la principal causa de muerte en todo el mundo. Cada año mueren más personas por ECV que por cualquier otra causa. Se estima que en el año 2011 murieron por esta causa 17 millones de personas, lo que representa un 30% de todas las muertes registradas en el mundo.

Sabemos que alrededor del 80% de las defunciones causadas por las ECV se producen en los países de ingresos bajos y medianos. Y por qué se da esto? Porque la población de los países de ingresos bajos y medios está más expuesta a factores de riesgo como el incremento de la esperanza de vida, la mala alimentación, el consumo de tabaco por largo tiempo y el sedentarismo, contribuyen a ECV, -según los resultados del Atlas Global de la Enfermedad Cardiovascular publicado por la Federación Mundial del Corazón- y a otras enfermedades no transmisibles.

Por otra parte, estos países de ingresos bajos y medianos como el nuestro no suelen beneficiarse tanto de los programas de prevención como la población de los países de ingresos elevados. Así mismo los habitantes de los países de ingresos bajos y medianos aquejados de ECV y otras enfermedades no transmisibles tienen un menor acceso a centros de salud eficientes y equitativos que respondan a sus necesidades (servicios de detección temprana: para hacer prevención). Como resultado de esto es que muchos habitantes de dichos países mueren más jóvenes, por lo general en la edad más productiva, a causa de las ECV y otras enfermedades no transmisibles como sucede en nuestro país. Los más afectados y más vulnerados siempre son la población más pobre de los países de ingresos bajos y medios.

Se están obteniendo pruebas suficientes para concluir que las ECV y otras enfermedades crónicas no transmisibles contribuyen a la pobreza de las familias debido a los gastos catastróficos en salud y a los elevados gastos por pagos directos. A nivel macroeconómico, las ECV suponen una pesada carga para las economías de los países de ingresos bajos y medios. Se calcula que, debido a la muerte prematura de muchas personas, las enfermedades no transmisibles, en particular las ECV y la diabetes, pueden reducir el PIB hasta en un 6,77% en los países de ingresos bajos y medios con un crecimiento económico rápido.

La prevención es la ficha más importante del tablero de ajedrez. Muy aparte de seguir insistiendo en la necesidad de la actividad física y evitar comida no saludable es importante a nivel de consultorio y a nivel de atención primaria, identificar precozmente con instrumentos simples como las tablas de predicción de riesgos específicos a las personas consultantes y estratificarlas. Si son identificadas precozmente, existen medidas y tratamientos económicos para prevenir muchos infartos de miocardio y AVC. Si nos enfocamos a este nivel considero que no solo estaríamos haciendo una gran labor social sino también aportando al país menos gastos en salud.

**Dra. Karina Chavarria López**  
Médico especialista en epidemiología.  
Secretaria de ASOBAT

## RESÚMENES

Betabloqueadores en hipertensión.....	3
Atenolol vs. betabloqueadores. No atenolol en el tratamiento de la hipertensión .....	3
Hipertensión arterial e incidencia de otras afecciones CV .....	4
Presión arterial sistólica y eventos CV (Estudio ARIC).....	4
Control de la Presión Arterial: No tan baja, ni muy alta .....	5
Bajar la presión arterial y riesgo cardiovascular.....	5
Antihipertensivos y psoriasis .....	6
Niveles de C-LDL muy bajos muestran beneficios CV.....	7
Niacina, Fibratos e inhibidores de la CETP y riesgo CV .....	8
Niacina: Estudio HPS2 – THRIVE .....	8
Consumo de frutas y vegetales y mortalidad CV .....	9
Hígado graso no alcohólico .....	9
Obesidad abdominal y riesgo de mortalidad .....	10
La diabetes es factor de riesgo para ictus en mujeres .....	10
Documento oficial de la Sociedad Internacional de Aterosclerosis: Recomendaciones generales para el tratamiento de la dislipidemia. Resumen ejecutivo .....	11
¿La Polypill mejora los resultados cardiovasculares? Los ensayos en curso buscan una respuesta .....	12
<b>Resumen de tema presentado en reunión de ASOBAT</b> Diabetes del adulto mayor: Hay que tratar? .....	13
Diabetes tipo 2.....	14
Nuestra Actividad.....	15

## CONSEJO EDITORIAL ATEROMA

Dr. Samuel Córdova Roca (Director)  
Dr. Eduardo Aranda Torrelio  
Dra. Karina Chavarria  
Dr. Rubén Peredo

## Betabloqueadores en hipertensión

Larochelle P, Tobe SW, and Lacourcière Y. **B-Blockers in Hypertension: Studies and Meta-analyses Over the Year.** *Canadian Journal of Cardiology* 30 (2014) S16eS22

Los bloqueadores beta se encuentran entre los medicamentos más comúnmente utilizados en el tratamiento de la hipertensión. Sin embargo, 45 años después de su primera indicación para el manejo de la hipertensión, su lugar en el tratamiento de los pacientes hipertensos se encuentra en evaluación y su utilidad ha sido cuestionada basada en la evidencia de los metaanálisis de los ensayos clínicos.

La clase beta-bloqueadores se compone de varios agentes con diversas propiedades farmacocinéticas y farmacodinámicas, incluyendo lipo e hidrofiliabilidad, duración de acción, actividad simpaticomimética intrínseca, vasodilatación y el metabolismo relacionado con los polimorfismos genéticos. Debido a sus diversas propiedades, algunos bloqueadores beta están indicados para afecciones cardiovasculares tales como angina, control de la frecuencia cardíaca en la fibrilación auricular, insuficiencia cardíaca crónica y después de un infarto de miocardio, y otras indicaciones como la migraña y el temblor esencial.

Ha habido más de 17 grandes ensayos que influyen en las recomendaciones sobre el uso de estos agentes en el tratamiento de la hipertensión. Los resultados de estos ensayos inicialmente condujeron a la recomendación generalizada para el uso de los bloqueadores beta en el manejo de la hipertensión. Sin embargo, los últimos varios metaanálisis utilizando estos ensayos han planteado una controversia sobre su lugar en ese tratamiento. Las recomendaciones del Programa de Educación de Hipertensión Canadiense han incluido los bloqueadores beta como una opción de tratamiento de primera línea para los pacientes menores de 60 años de edad sobre la base de las pruebas de estos grandes es-



tudios, y esto ha sido apoyado por dos de los meta análisis. Este artículo revisa estos estudios para ayudar a los médicos a comprender mejor el papel de los beta-bloqueadores en el manejo de la hipertensión.

## Atenolol vs. betabloqueadores No atenolol en el tratamiento de la hipertensión

Kuyper LM and Khan NA. **Atenolol vs Nonatenolol b-Blockers for the Treatment of Hypertension: A Meta-analysis.** *Canadian Journal of Cardiology* 30 (2014) S47eS53

Revisión anterior han demostrado que el uso de los beta-bloqueadores para el tratamiento de la hipertensión sin indicaciones convincentes se asoció con mayor riesgo de accidente cerebrovascular en las personas de edad avanzada. No está claro si este aumento del riesgo se vio impulsado por el tipo de beta-bloqueador. Los autores comparan la eficacia del atenolol vs otros beta-bloqueadores no atenolol en los ensayos clínicos en jóvenes (< 60 años) y en pacientes mayores con hipertensión.

Se revisaron las bases de datos Cochrane y MEDLINE (enero 2006-mayo 2013) de ensayos aleatorios que evaluaban accidente cerebrovascular, infarto de miocardio, muerte o puntos finales compuestos cardiovasculares. Se identi-

ficaron veintinueve ensayos sobre hipertensión con datos sobre 145,811 participantes: 15 utilizando atenolol, 7 ensayos controlados con placebo, y 14 eran ensayos de comparadores activos. No hubo ensayos de bloqueadores beta de más reciente nueva generación.

Entre los ancianos, atenolol se asoció con un mayor riesgo de accidente cerebrovascular (riesgo relativo [RR], 1.17; 95% [IC]: 1.05 a 1.30) en comparación con otros agentes antihipertensivos. El riesgo de accidente cerebrovascular para bloqueadores beta no atenolol en comparación con otros agentes (RR, 1.22; IC del 95%, 0.99 a 1.50) no alcanzó significación estadística en los ancianos. En los jóvenes, el atenolol se asoció con un menor riesgo de accidente cerebrovas-

cular en comparación con otros agentes (RR, 0.78; IC del 95%, 0.64 hasta 0.95), mientras que los bloqueadores beta no atenolol se asociaron con un menor riesgo de eventos cardíacos compuestos (RR, 0.86; IC del 95%, 0.75 – 0.996) en comparación con placebo, sin diferencias significativas en los eventos en comparación con controles activos.

Los autores concluyen, que en los jóvenes, tanto en el atenolol como los beta-bloqueadores no atenolol son eficaces en la reducción de los puntos finales cardiovasculares para hipertensión sin indicaciones obligadas. El atenolol se asocia con un aumento de accidente cerebrovascular en los ancianos, pero si esto se extiende a los beta-bloqueadores no atenolol sigue siendo incierto.

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

**NABILA®**  
Algo más que un  
β-Bloqueante



## Hipertensión arterial e incidencia de otras afecciones CV

Rapsomaniki E, Timmis A, George J, Pujades-Rodríguez M, Shah AD, Denaxas S, y col. **Blood pressure and incidence of twelve cardiovascular diseases: lifetime risks, healthy life-years lost, and age-specific associations in 1-25 million people** *Lancet*. 2014; 383:1899-1911.

La asociación de la presión arterial (PA) con las diferentes manifestaciones de incidencia de enfermedad cardiovascular (CV) en una población contemporánea no se han comparado. Este estudio, tuvo como objetivo analizar las asociaciones de la PA con 12 presentaciones diferentes de enfermedad (CV).

Utilizaron registros electrónicos de salud vinculados desde 1997 a 2010 en el CALIBER (Cardiovascular research using Linked Bespoke studies and Electronic health Records) programa para ensamblar una cohorte de 1,25 millones de pacientes, de 30 o más años de edad e inicialmente libres de enfermedad cardiovascular CALIBRE, un quinto de los cuales recibió tratamientos reductores de la presión arterial.

Durante un seguimiento medio de 5.2 años, se registraron 83,098 eventos iniciales de enfermedad CV. En cada grupo de edad, el riesgo más bajo de enfermedad CV era en las personas con PA sistólica de 90 a 114 mmHg y la PA diastólica de 60-74 mmHg, sin evidencia de una curva J que incremente el riesgo a PA más bajas. El

efecto de la PA alta varió por el punto final de enfermedad cardiovascular, desde fuertemente positiva a ningún efecto. Las asociaciones con PA sistólica alta fueron más fuertes para la hemorragia intracerebral (razón de riesgo 1.44 [IC del 95%: 1.32-1.58]), hemorragia subaracnoidea (1.43 [1.25-1.63]), y angina estable (1.41 [1.36-1.46]), el más débil para el aneurisma de aorta abdominal (1.08 [1.00-1.17]). En comparación con la PA diastólica, el aumento de la PA sistólica tenía un mayor efecto en la angina de pecho, infarto de miocardio y la enfermedad arterial periférica, mientras que la PA diastólica elevada tenía un mayor efecto en el aneurisma de aorta abdominal antes que la PA sistólica. Las asociaciones de la presión de pulso fueron inversas para el aneurisma de aorta abdominal (HR por cada 10 mm Hg 0.91 [IC del 95%: 0.86-0.98]) y el más fuerte fue para la enfermedad arterial periférica (1.23 [1.20-1.27]). Las personas con hipertensión o que reciben tratamiento antihipertensivo tenían un riesgo de por vida de enfermedad CV a los 30 años de edad de 63.3% (IC del 95%: 62.9-63.8) en comparación con el 46.1%

(45.5-46.8) para las personas con PA normal, y desarrollado la enfermedad CV 5.0 años más temprano (IC del 95%: 4.8-5.2). La angina estable e inestable fueron responsables de la mayor parte (43%) de la pérdida de años de vida por enfermedad CV asociada con hipertensión desde los 30 años de edad, mientras que la insuficiencia cardíaca y la angina estable significaron la mayor proporción (19% cada uno) de la pérdida de años de vida desde los 80 años de edad.

La hipótesis generalizada de que la PA tiene una fuerte asociación con la incidencia de todas las enfermedades CV a través de un amplio rango de edad, y que las asociaciones PA diastólica y sistólica son concordantes, no son compatibles con los resultados de este estudio de alta resolución. A pesar de los tratamientos modernos, la carga de toda la vida por la hipertensión es sustancial. Estos resultados ponen de relieve la necesidad de nuevas estrategias para reducir la PA y ayudará a informar el diseño de los ensayos aleatorios para evaluarlos.

## Presión arterial sistólica y eventos CV (Estudio ARIC)

Rodríguez CJ, Swet K, Agarwal SK, Folsom AR, Fox ER, Loehr LR, y col. **Systolic Blood Pressure Levels Among Adults With Hypertension and Incident Cardiovascular Events and Atherosclerosis Risk in Communities Study** *JAMA Intern Med*. Published online June 16, 2014. doi:10.1001/amainternmed.2014.2482

Los estudios documentan un aumento progresivo en el riesgo de enfermedad cardíaca, cuando la PA sistólica se eleva por encima de 115 mm Hg, pero no se sabe si una presión arterial sistólica (PAS) inferior a 120 mm Hg en adultos con hipertensión arterial (HTA) reduce la insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular y el riesgo de infarto de miocardio.

Examinaron el riesgo de incidencia de eventos cardiovasculares (CV) entre adultos con HTA según 3 niveles de PAS: 140 mm Hg o mayor; 120-139 mm Hg; y un nivel de referencia inferior a 120 mm Hg

Se incluyeron un total de 4,480 participantes con HTA pero sin enfermedad CV prevalente al inicio del estudio (años 1987-1989) del Atherosclerosis Risk in Communities Study. Las mediciones de la PAS se tomaron al inicio del estudio y a tres visitas trienales; la PAS fue tra-

tada como una variable dependiente del tiempo y categorizada como elevada ( $\geq 140$  mm Hg), estándar (120-139 mm Hg) y baja ( $<120$  mm Hg). Modelos de regresión multivariable de Cox fueron la edad, el sexo, el estado de diabetes, índice de masa corporal, nivel elevado de colesterol, el tabaquismo y la ingesta de alcohol. Incidencia de eventos CV compuestos (insufi-



ciencia cardíaca, accidente cerebrovascular isquémico, infarto de miocardio o muerte relacionada con enfermedad coronaria).

Tras una mediana de seguimiento de 21.8 años, ocurrió un total de 1,622 eventos CV. Los participantes con niveles elevados de PAS desarrollaron una incidencia de eventos CV significativamente mayor que aquellos con PAS baja (índice de riesgo ajustado [HR], 1.46, IC 95%, 1.26-1.69). Sin embargo, no hubo diferencia en la incidencia de sobrevida libre de eventos CV entre los de grupo estándar vs. El grupo de PAS baja (HR ajustado, 1.00, IC 95%, 0.85-1.17).

En conclusión, entre los pacientes con HTA, con un PAS elevada lleva a un riesgo mayor de eventos CV, pero que entre las personas con hipertensión, una vez que la PAS es inferior a 140, bajando por debajo de 120 no reduce aún más el riesgo de eventos cardiovasculares.

**ILTUX**®  
Olmesartán

Una opción diferente en hipertensión arterial

## >> Control de la Presión Arterial: No tan baja, ni muy alta

Sim JJ, Shi J, Kovesdy CP, Kalantar-Zadeh K, Jacobsen SJ. **Impact of Achieved Blood Pressures on Mortality Risk and End-Stage Renal Disease Among a Large, Diverse Hypertension Population** *J Am Coll Cardiol.* 2014; 64(6):588-597. doi:10.1016/j.jacc.2014.04.065

Los datos médicos o guías clínicas no han abordado adecuadamente los blancos ideales de tratamiento de la presión arterial (PA) para la supervivencia y el pronóstico renal.

Este estudio trata de evaluar los rangos de PA tratada en una población grande de hipertensos y comparar el riesgo de mortalidad y enfermedad renal en etapa terminal (ERET).

En este estudio de cohorte retrospectivo, entre 398,419 sujetos hipertensos tratados (30% con diabetes mellitus), la mortalidad ocurrió en 25,182 (6.3%) y ERET en 4,957 (1.2%). HR ajustados (95% [CI]) para compuesto de mortalidad/ERCT en PAS <110, 110 a 119, 120 a 129, 140 a 149, 150 a 159, 160 a 169, y  $\geq 170$  comparado con 130 a 139 mm Hg fueron 4.1 (95% CI: 3.8 a 1.3), 1.8 (95% CI: 1.7 a 1.9), 1.1 (95% CI: 1.1 a 1.1), 1.4 (95% CI: 1.4 a 1.5), 2.3 (95% CI: 2.2 a 2.5), 3.3 (95% CI: 3.0 a 3.6), y 4.9 (95% CI: 4.4 a 5.5) respectivamente. La PAD 60 a 79 mm Hg se asoció con el riesgo mas bajo. El nadir para la PAS y PAD para el riesgo mas bajo fue 137 y 71 mmHg respectivamente, el análisis estratificado reveló que la población con diabetes mellitus tenía una curva de HR similar pero un nadir menor de 131 y 69 mm Hg pero con una edad  $\geq 70$  tenían mayor nadir (140 y 70 mm Hg).

### Riesgo de muerte o ERET Durante el Seguimiento, Estratificado por PA Sistólica

PA sistólica (mm Hg)	Ajustado HR (95%CI)*
<110	4.10 (3.87-4.33)
110-119	1.81 (1.74-1.88)
120-129	1.12 (1.08-1.15)
130-139	1.00
140-149	1.44 (1.39-1.50)
150-159	2.34 (2.22-2.47)
160-169	3.33 (3.05-3.63)
> 170	4.91 (4.41-5.47)

\*Ajustado para edad, sexo, raza, IMC, enfermedad renal crónica, diabetes, enfermedad cardiaca isquémica y enfermedad cerebrovascular.

Los autores concluyen que tanto una PA tratada superior e inferior comparada con rangos entre 130 a 139 mm Hg sistólica y 60-79 mm Hg diastólica empeoró los resultados. Este estudio se suma a la creciente incertidumbre sobre las metas de tratamiento de la presión arterial.

## >> Bajar la presión arterial y riesgo cardiovascular

The Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration† **Blood pressure-lowering treatment based on cardiovascular risk: a meta-analysis of individual patient data** *The Lancet* 2014; 384: 591-598.

El objetivo fue investigar si los beneficios de los medicamentos para bajar la presión arterial son proporcionales al riesgo cardiovascular basal, para determinar si el riesgo absoluto podría ser utilizado para informar las decisiones de tratamiento para la terapia de disminución de la presión arterial, como se recomienda para el tratamiento hipolipemiente.

Este meta-análisis incluyó datos de los participantes individuales de los ensayos que asignaron al azar pacientes a fármacos antihipertensivos o placebo, o regímenes mas o menos intensivos para bajar la presión arterial. El resultado primario fue eventos cardiovasculares mayores y totales, que consta de ictus, ataque cardíaco, insuficiencia cardíaca o muerte cardiovascular. Los participantes fueron divididos en cuatro categorías de base de riesgo cardiovascular mayor a 5 años usando una ecuación de predicción de riesgo desarrollado a partir de los grupos de placebo de los ensayos incluidos (<11%, 11-15%, 15-21%, > 21%).

Cumplieron los criterios de inclusión 11 ensayos y 26 grupos aleatorios, incluyendo 67,475 individuos, de los cuales 51,917 tenían datos disponibles para el cálculo de las ecuaciones de riesgo. 4,167 (8%) tuvieron un evento cardiovascular durante una mediana de 4.0 años (IQR 3,4-4,4) de seguimiento. La media estimada de niveles basales de riesgo cardiovascular a los 5 años para cada uno de los cuatro grupos de riesgo fueron 6.0% (SD 2.0), 12.1% (1.5), 17.7% (1.7), y 26.8% (5.4). En cada grupo de riesgo mayor consecutivo, el tratamiento para bajar la presión arterial redujo el riesgo de eventos cardiovasculares relativamente un 18% (IC del 95%: 7-27), 15% (4-25), 13% (2-22), y un 15% (5-24), respectivamente ( $p = 0.30$  para la tendencia). Sin embargo, en términos absolutos, tratando 1,000 pacientes en cada grupo con fármacos antihipertensivos durante 5 años evitaría 14 (95% CI 8-21), 20 (8-31), 24 (8-40), y 38 (16-61) eventos cardiovasculares, respectivamente ( $p = 0.04$  para la tendencia).

En conclusión, reducir la presión arterial proporciona una protección relativa similar en todos los niveles de riesgo cardiovascular basal, pero progresivamente mayores reducciones del riesgo absoluto a medida que aumenta el riesgo basal. Estos resultados apoyan el uso de ecuaciones de riesgo de enfermedades cardiovasculares de referencia para informar las decisiones de tratamiento para bajar la presión arterial.



**ILTUX<sup>®</sup>HCT**  
Olmesartán/HCT

Protección bien entendida



El ARA-II más eficaz,  
ahora potenciado



**ILTUXAM®**  
Olmesartán y amlodipina

PRESENTACIONES:

- **ILTUXAM®** 20 mg / 5 mg
- **ILTUXAM®** 40 mg / 5 mg
- **ILTUXAM®** 40 mg / 10 mg

**Protección  
Combinación**  
para sus pacientes



## Antihipertensivos y psoriasis

Wu S, Han J, Li W-Q, Qureshi AA, **Hypertension, Antihypertensive Medication Use, and Risk of Psoriasis**. *JAMA Dermatol*. Published online July 02, 2014. doi:10.1001/jamadermatol.2013.9957



Las personas con psoriasis tienen un riesgo elevado de hipertensión, y medicaciones antihipertensivas, especialmente  $\beta$ -bloqueadores, han sido ligados al desarrollo de psoriasis. Sin embargo, la asociación de hipertensión previamente existente y medicación antihipertensiva con el riesgo de la incidencia de psoriasis no ha sido evaluada usando datos prospectivos. El objetivo era evaluar la asociación de hipertensión y medicaciones antihipertensivas con riesgo de psoriasis.

Se documentaron un total de 843 casos de incidencia de psoriasis durante 1'066,339 personas-año de seguimiento. En comparación con las mujeres normotensas, las mujeres con una duración de la hipertensión de 6 o más años estaban en un riesgo mayor de desarrollar psoriasis (razón de riesgo [HR], 1.27, IC 95%, 1.03-1.57). En el análisis estratificado, el riesgo de psoriasis fue mayor entre las mujeres con hipertensión y sin el uso de fármacos (HR, 1.49, IC 95%, 1.15-1.92) y entre las mujeres hipertensas con medicación actual (HR, 1.31, IC 95%, 1.10-1.55) en comparación con los participantes normotensos sin el uso de medicamentos. En comparación con las mujeres que nunca usaron  $\beta$ -bloqueantes, los HR multivariantes para la psoriasis en las mujeres que utilizan regularmente  $\beta$ -bloqueantes fueron 1.11 (IC 95%, 0.82-1.51) por 1 a 2 años de uso, 1.06 (IC del 95%, 0.79- 1.40) por 3 a 5 años de uso, y 1.39 (95%, 1.11 a 1.73) por 6 o más años de uso (p por tendencia = 0.009). No se encontró asociación entre el uso de otros fármacos antihipertensivos individuales y el riesgo de psoriasis.

En conclusión la hipertensión a largo plazo se asocia con un riesgo mayor de psoriasis. El uso regular a largo plazo de los  $\beta$ -bloqueantes puede también aumentar el riesgo de psoriasis.

## Niveles de C-LDL muy bajos muestran beneficios CV

Boekholdt SM, Hovingh GK, Mora S, Arsenault BJ, Amarencio P, Pedersen, TR. **Very Low Levels of Atherogenic Lipoproteins and the Risk for Cardiovascular Events A Meta-Analysis of Statin Trials** *J Am Coll Cardiol* 2014; 64: 485-494

Aunque la eficacia de las estatinas para reducir los niveles de LDL y la enfermedad cardiovascular (ECV) está bien establecida, estos puntos de vista se basan en la reducción media de los ensayos aleatorios. El grado de reducción de los niveles de lipoproteínas aterogénicas varía considerablemente entre individuos. Los análisis post hoc de los ensayos aleatorios sugieren que la reducción alcanzada del C-LDL puede determinar los beneficios de la terapia con estatinas. Además, las personas que llegan a niveles muy bajos de C-LDL, se ha demostrado que están en muy bajo riesgo de ECV.

Las guías actuales recomiendan considerar entre 70 a 130 mg / dL como nivel blanco de c-LDL. Esto puede, sin embargo, ser demasiado conservador, cuando consideramos la evidencia observacional. Con las nuevas terapias hipolipemiantes como los inhibidores PCSK9 y mipomersen la mayoría de los pacientes pueden ser capaces de alcanzar un c-LDL <70 mg / dL. Sin embargo, no está claro si los niveles de lipoproteínas aterogénicas en este rango, obtenidos farmacológicamente, transmitan los beneficios de riesgo de ECV.

El objetivo de este meta-análisis fue evaluar: 1) la variabilidad interindividual de las reducciones en el colesterol LDL, colesterol no-HDL-C, o apolipoproteína B (apoB) logrados con la terapia con estatinas; 2) la proporción de pacientes que no alcanzan los niveles de lípidos recomendados por las guías en el tratamiento con estatinas en dosis altas; y 3) la asociación entre los niveles muy bajos de lipoproteínas aterogénicas logrados con el tratamiento con estatinas y el riesgo de enfermedad cardiovascular

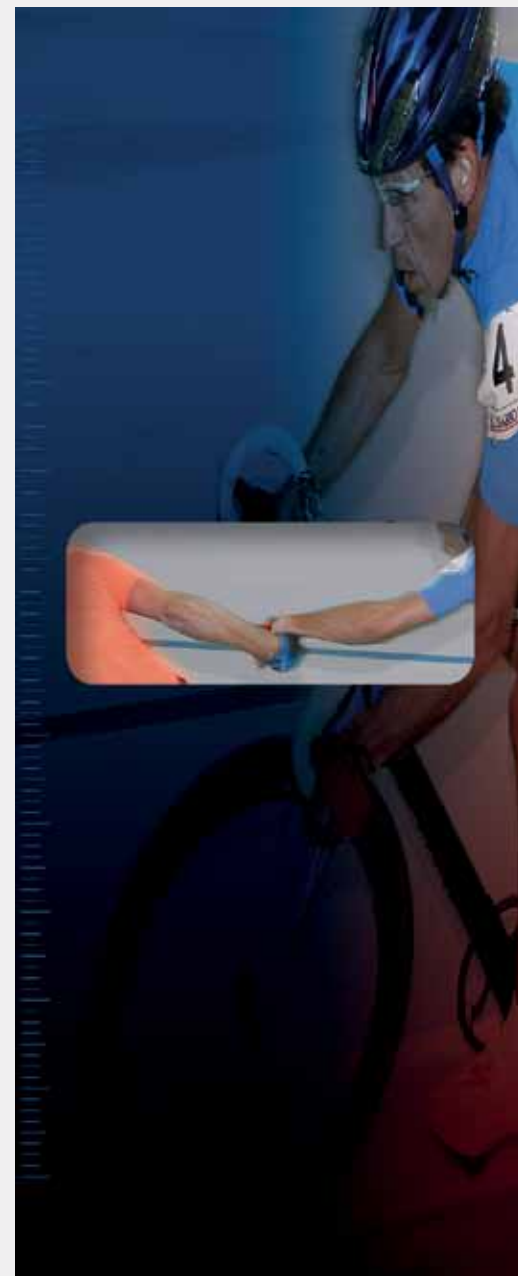
Este meta-análisis utilizó datos de pacientes individuales de 8 estudios controlados aleatorizados de estatinas, en la que los lípidos convencionales y apolipoproteínas fueron determinados en todos los participantes al inicio del estudio y al año de seguimiento.

Entre 38,153 pacientes asignados al tratamiento con estatinas, ocurrieron un total de 6,286 eventos cardiovasculares mayores en 5,387 participantes del estudio durante el seguimiento. Hubo una gran variabilidad interindividual en las reducciones de C-LDL, no HDL-C, y apoB alcanzados con una dosis fija de estatinas. Más del 40% de los participantes asignados a la terapia con estatinas en dosis altas no alcanzó una meta de C-LDL <70 mg/dL. En comparación con los pacientes que alcanzaron un nivel de C-LDL > 175 mg/dL, los que alcanzaron un nivel de C-LDL de 75 a <100 mg /dL, 50 a <75 mg /dL y <50 mg / dL tenían un HR ajustado para eventos cardiovasculares mayores de 0.56 (95% [IC]: 0.46-0.67), 0.51 (IC del 95%: 0.42-0.62) y 0.44 (IC del 95% 0.35 a 0.55), respectivamente. No se observaron asociaciones similares para no-HDL-C y apoB.

En conclusión, las reducciones de C-LDL, no HDL-C y los niveles de apoB logrados con la terapia con estatinas muestran una gran variación interindividual. Entre los participantes que recibieron el tratamiento con estatinas en dosis altas, más de un 40% no alcanzó la meta de C-LDL <70 mg / dL. Los pacientes que alcanzaron niveles muy bajos de C-LDL (<50 mg/dL) tienen un riesgo significativamente menor de eventos cardiovasculares mayores en comparación con aquellos que lograron niveles de C-LDL entre 75 y 100 mg/dL.



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



MAYOR EFICACIA  
CON MENOS  
EFECTOS ADVERSOS

## Niacina, Fibratos e inhibidores de la CETP y riesgo CV

Keene D, Price C, Shun-Shin MJ, Francis DP. **Effect on cardiovascular risk of high density lipoprotein targeted drug treatments niacin, fibrates, and CETP inhibitors: meta-analysis of randomised controlled trials including 117, 411 patients** *BMJ* 2014; 349 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g4379> (Published 18 July 2014) Cite this as: *BMJ* 2014;349:g4379

El objetivo del meta-análisis fue investigar los efectos sobre los resultados cardiovasculares (CV) de intervenciones con fármacos que aumentan los niveles de lipoproteínas de alta densidad. Revisaron el beneficio terapéutico de la niacina, fibratos e inhibidores de la proteína de transferencia de esteres de colesterol (CETP) sobre eventos cardiovasculares (mortalidad total, mortalidad coronaria, infarto de miocardio no fatal y accidente cerebrovascular).

Fueron aleatorizados 117,411 pacientes de un total de 39 estudios. En todas las intervenciones se incrementaron los niveles de C-HDL. No se observó efecto significativo en la mortalidad por toda causa, para la niacina (odds ratio 1.03, 95% CI 0.92 a 1.15,  $P = 0.59$ ), fibratos (0.98, 0.89 a 1.08;  $P = 0.66$ ), o inhibidores de la CETP (1.16, 0.93 a 1.44,  $P = 0.19$ ); en la mortalidad por enfermedad coronaria para la niacina (0.93, 0.76 a 1.12,  $P = 0.44$ ), fibratos (0.92, 0.81 a 1.04,  $P = 0.19$ ), o inhibidores de la CETP (1.00, 0.80 a 1.24,  $P = 0.99$ ); o en el ictus la niacina (0.96, 0.75 a 1.22;  $P = 0.72$ ), fibratos (1.01, 0.90 a 1.13,  $P = 0.84$ ), o inhibidores de la CETP (1.14, 0.90 a 1.45,  $P = 0.29$ ). En estudios con pacientes que no recibían estatinas (antes de la era de estatinas), la niacina se asoció



con una reducción significativa en el infarto de miocardio no fatal (0.69: 0.56 a 0.85,  $P = 0.0004$ ). Sin embargo, en estudios en los que ya se estaba tomando estatinas, la niacina no mostró ningún efecto significativo (0.96, 0.85 a 1.09,  $P = 0.52$ ). Se observó una diferencia significativa entre estos subgrupos ( $P = 0.007$ ). Una tendencia similar en relación con el infarto de miocardio no fatal fue visto con fibratos: sin tratamiento con estatinas (0.78, 0.71 a 0.86;  $P < 0.001$ ) y con todos o algunos de los pacientes tomando estatinas (0.83, 0.69 a 1.01,  $P = 0.07$ );  $P = 0.58$  para la diferencia.

Los autores concluyen que ni la niacina, los fibratos, o los inhibidores de la CETP, tres agentes altamente eficaces para aumentar los niveles de C-HDL, reducen la mortalidad por cualquier causa, la mortalidad por cardiopatía coronaria, infarto de miocardio o un accidente cerebrovascular en los pacientes tratados

con estatinas. Aunque los estudios observacionales pueden sugerir una hipótesis simplista para el C-HDL que el aumento de los niveles farmacológicamente puede generalmente reducir los eventos cardiovasculares, en la era actual de uso generalizado de las estatinas en la dislipidemia, ensayos sustanciales de estos tres agentes no apoyan este concepto.

## Niacina: Estudio HPS2 – THRIVE

Effects of Extended-Release Niacin with Laropiprant in High-Risk Patients The HPS2-THRIVE Collaborative Group\*

*N Engl J Med* 2014;371:203-12. DOI: 10.1056/NEJMoa1300955

Los pacientes con evidencia de enfermedad vascular tienen un riesgo incrementado de eventos vasculares posteriores a pesar de un uso eficaz de las estatinas para reducir el colesterol LDL. La niacina reduce el nivel de colesterol LDL y aumenta el nivel de lipoproteína de alta densidad (HDL), pero su eficacia clínica y la seguridad son inciertas.

Asignaron aleatoriamente a 25,673 adultos con enfermedad vascular a recibir diariamente 2 g de niacina de liberación prolongada y 40 mg de laropiprant o un placebo. El resultado primario fue el primer evento vascular mayor (infarto de miocardio no fatal, muerte por causa coronaria, accidente cerebrovascular o revascularización arterial).

Durante una mediana de seguimiento de 3.9 años, los participantes que fueron asignados a niacina de liberación prolongada-laropiprant tenían un nivel de colesterol LDL con un promedio de 10 mg/dL (0.25 mmol/L, medido en el laboratorio central) menor y un nivel de colesterol HDL con un promedio de 6 mg/dL

(0.16 mmol/L) más alto que los niveles en los asignados al placebo. El grupo niacina - laropiprant, en comparación con el grupo placebo, no tuvo un efecto significativo en la incidencia de eventos vasculares mayores (13.2% y 13.7% de los participantes con un evento, respectivamente; tasa de frecuencia 0.96; IC del 95% [IC] 0.90-1.03,  $P = 0.29$ ). Niacina-laropiprant se asoció con una mayor incidencia de alteraciones en el control de la diabetes que se consideraban graves (exceso absoluto en comparación con el placebo, 3,7 puntos porcentuales,  $p < 0.001$ )



y con una mayor incidencia de diagnósticos de diabetes (exceso absoluto, 1. puntos porcentuales,  $p < 0.001$ ), así como el aumento de los eventos adversos graves relacionados con el sistema gastrointestinal (exceso absoluto, 1.0 punto porcentual,  $p < 0.001$ ), sistema músculo-esquelético (exceso absoluto, 0.7 puntos porcentuales,  $p < 0.001$ ), en piel (exceso absoluto, 0.3 puntos porcentuales,  $p = 0.003$ ), e inesperadamente, la infección (exceso absoluto, 1.4 puntos porcentuales,  $p < 0.001$ ) y hemorragia (exceso absoluto, 0.7 puntos porcentuales,  $p < 0.001$ ).

Entre los participantes con enfermedad vascular aterosclerótica, la adición de niacina de liberación prolongada-laropiprant al tratamiento con estatinas para bajar los niveles de colesterol LDL no redujo significativamente el riesgo de eventos vasculares, pero aumentó el riesgo de eventos adversos graves. (Financiado por Merck y otros; HPS2-THRIVE número ClinicalTrials.gov, NCT00461630.)

**Nimus**  
**Retard** BEZAFIBRATO

Aleja efectivamente el riesgo de  
Enfermedad Cardiovascular



## Consumo de frutas y vegetales y mortalidad CV

Wang X, Ouyang Y, Liu J, Zhu M, Zhao G, Bao W y col. **Fruit and vegetable consumption and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer: systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies** *BMJ* 2014;349:g4490 doi: 10.1136/bmj.g4490 (Published 29 July 2014)

El objetivo fue examinar y cuantificar la relación dosis-respuesta potencial entre consumo de vegetales y frutas y el riesgo de muerte por cáncer, cardiovascular y de toda causa.

Se revisaron estudios de cohorte prospectivos que informaron los riesgos estimados para mortalidad por cáncer, cardiovascular y total por los niveles de consumo de frutas y verduras.

En este meta-análisis se eligieron dieciséis estudios prospectivos de cohorte. Durante los períodos de seguimiento que iban desde 4.6 a 26 años hubo 56,423 muertes (11,512 por enfermedad cardiovascular y 16,817 por cáncer) entre 833,234 participantes. Un mayor consumo de frutas y verduras se asoció significativamente con un menor riesgo de mortalidad por cualquier causa. Hazard ratios combinados de mortalidad por cualquier causa fueron de 0,95 (95% intervalo de confianza 0,92 a 0,98) para un incremento de una porción por día de frutas y hortalizas ( $P = 0,001$ ), 0,94 (0,90 a 0,98) para la fruta ( $P = 0,002$ ), y 0,95 (0,92 a 0,99) para las verduras ( $P = 0,006$ ). Hubo un umbral de alre-



dedor de cinco porciones de frutas y verduras al día, después de lo cual el riesgo de mortalidad por cualquier causa no redujo aún más. Se observó una asociación inversa significativa para la mortalidad cardiovascular (cociente de riesgos instantáneos para servir cada uno adicional al día de frutas y verduras 0,96, 95% intervalo de confianza 0,92 hasta 0,99), mientras que un mayor consumo de frutas y verduras no fue apreciable asociado con el riesgo de mortalidad por cáncer.

En este meta-análisis se eligieron 16 estudios prospectivos de cohorte. Durante el seguimiento (4,6 a 26 años) hubo 56, 423 muertes (11, 512 por enfermedad cardiovascular y 16, 817 por cáncer) entre 833, 234 participantes. Un ma-

yor consumo de frutas y verduras se asoció significativamente con un menor riesgo de mortalidad por cualquier causa. Las razones de riesgo (HR) combinados de mortalidad por cualquier causa fueron de 0,95 (95% CI 0,92 a 0,98) para un incremento de una porción por día de frutas y hortalizas ( $P = 0,001$ ), 0,94 (0,90 a 0,98) para la fruta ( $P = 0,002$ ), y 0,95 (0,92 a 0,99) para las verduras ( $P = 0,006$ ). Hubo un umbral de alrededor de cinco por-

ciones de frutas y verduras al día, después del cual el riesgo de mortalidad por cualquier causa no redujo más. Se observó una asociación inversa significativa para la mortalidad cardiovascular (HR por cada porción adicional al día de frutas y verduras 0,96, 95% CI 0,92 hasta 0,99), mientras que un mayor consumo de frutas y verduras no estuvo asociado apreciablemente con el riesgo de mortalidad por cáncer.

En conclusión, este meta-análisis proporciona una prueba más de que un mayor consumo de frutas y verduras se asocia con un menor riesgo de mortalidad por cualquier causa, en especial la mortalidad cardiovascular.

## Hígado graso no alcohólico

Sattar N, Forrest E, and Preiss D. **Non-alcoholic fatty liver disease** *BMJ* 2014; 349 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g4596> (Published 29 July 2014) Cite this as: *BMJ* 2014; 349:g4596

La enfermedad del hígado graso no alcohólico (EHGNA) representa un espectro de enfermedad hepática con etapas claves que consisten en esteatosis hepática (HGNA), esteatohepatitis (EHNA), fibrosis y cirrosis eventual.

La EHGNA afecta a más del 20% de la población de todo el mundo y la mayoría de los pacientes con diabetes tipo 2.

El riesgo de enfermedad hepática progresiva en la etapa más temprana de la EHGNA, esteatosis hepática, es bajo pero los pacientes con EHNA están en mucho mayor riesgo, y la esteatosis hepática por hígado graso no alcohólico es también un factor de riesgo importante para el desarrollo de diabetes tipo 2.

La mayoría de los pacientes con EHGNA son asintomáticos y la enfermedad generalmente



se sospecha por una alanina aminotransferasa elevada (ALT) junto con otras características clínicas y bioquímicas, o un hallazgo incidental en una ecografía abdominal

Debido a la lenta progresión de la EHGNA, ensayos clínicos aleatorios han sido incapaces de identificar fármacos que reduzcan de manera concluyente la progresión a cirrosis, pero la pérdida de peso sostenida se ha demostrado que mejora los resultados de las pruebas de función hepática y la histología hepática y por lo tanto la mejora del estilo de vida sigue siendo la intervención clave.

No hay evidencia convincente de que la EHGNA independientemente aumente el riesgo cardiovascular de un paciente, pero tampoco hay razón para suspender las estatinas en pacientes con hígado graso no alcohólico que están en riesgo alto cardiovascular, a menos que los niveles de transaminasas estén más de tres veces el límite superior de lo normal.

## Obesidad abdominal y riesgo de mortalidad

Martínez-González MA, García-Arellano A, Toledo E, Bes-Rastrollo M, Bulló M, et al. (2014) *Obesity Indexes and Total Mortality among Elderly Subjects at High Cardiovascular Risk: The PREDIMED Study*. PLoS ONE 2014; 9(7): e103246. doi:10.1371/journal.pone.0103246



Se han propuesto diferentes índices de adiposidad regional para identificar a las personas en mayor riesgo de muerte. Los estudios que evalúan específicamente estos índices en grandes cohortes son escasos. Sería interesante conocer si una intervención dietética puede contrarrestar los efectos adversos de la obesidad sobre la mortalidad.

Evaluaron la asociación de cuatro diferentes índices antropométricos (índice cintura-estatura (RCE), circunferencia de cintura (CC), índice de masa corporal (IMC) y la altura) con todas las causas de mortalidad en 7,447 participantes con riesgo cardiovascular alto del ensayo PREDIMED. Cuarenta y tres por ciento de ellos eran hombres (55 a 80 años) y el 57% eran mujeres (60 a 80 años). Todos ellos estaban inicialmente libres de enfermedad cardiovascular. El reclutamiento se llevó a cabo en 11 centros entre 2003 y 2009.

Después de ajustar por edad, sexo, tabaquismo, diabetes, hipertensión, grupo de intervención, historia familiar de enfermedad coronaria y tiempo libre para actividad física, la CC y la RCE se asociaron directamente con una mayor mortalidad después de un seguimiento promedio de 4.8 años. Los HR-multivariables ajustados para la mortalidad de RCE (puntos de corte: 0.60, 0.65, 0.70) fueron de 1.02 (0.78 a 1.34), 1.30 (0.97-1.75) y 1.55 (1.06 a 2.26). Cuando utilizamos CC (puntos de corte: 100, 105 y 110 cm), las HR para la mortalidad fueron 1.18 (0.88 a 1.59), 1.02 (0.74-1.41) y 1.57 (1.19-2.08). En todos los análisis, el IMC mostró asociaciones más débiles con la mortalidad que la CC y la RCE. La asociación directa entre RCE y la mortalidad global fue consistente en cada uno de los tres brazos de intervención del estudio.

En conclusión, el estudio añade más apoyo a una asociación más fuerte de la obesidad abdominal que el IMC con la mortalidad total entre los pacientes ancianos con riesgo alto de enfermedad cardiovascular. No se encontró evidencia que apoye que la intervención PREDIMED fuera capaz de contrarrestar los efectos nocivos del aumento de la adiposidad en la mortalidad total.

## La diabetes es factor de riesgo para ictus en mujeres

Peters SAE, Huxley RR D Phil c, Woodward M *Diabetes as a risk factor for stroke in women compared with men: a systematic review and meta-analysis of 64 cohorts, including 775 385 individuals and 12 539 strokes* *The Lancet* 2014; 383: 1973-1980

La diabetes mellitus (DM) es una causa importante de muerte y discapacidad en todo el mundo y es un fuerte factor de riesgo para el accidente cerebrovascular. Es desconocida la magnitud en la que el exceso de riesgo de accidente cerebrovascular conferido por la DM difiere entre los sexos. Realizaron una revisión sistemática y meta-análisis para estimar el efecto relativo de la DM en el riesgo de accidente cerebrovascular en las mujeres en comparación con los hombres.

Se incluyeron en el análisis los datos de 64 estudios de cohortes, que representan a 775, 385 personas y 12, 539 accidentes cerebrovasculares fatales y no fatales. El RR máximo ajustado combinado de ictus asociado con la DM fue de 2.28 (IC del 95%: 1.93-2.69) en mujeres y 1.83 (1.60-2.08) en los hombres. En comparación con los hombres, las mujeres con DM, tenían un riesgo mayor de accidente cerebrovascular-la relación combinada de los RR fue de 1.27 (1.10-1.46; /2 = 0%), sin evidencia de sesgo.

En conclusión el exceso de riesgo de ictus asociado con la diabetes es significativamente mayor en las mujeres que los hombres, independientemente de las diferencias de sexo en otros factores de riesgo cardiovascular importantes. Estos datos se suman a la evidencia existente de que los hombres y las mujeres experimentan las enfermedades relacionadas con la diabetes de manera diferente y sugieren la necesidad de seguir trabajando para aclarar los mecanismos biológicos, de comportamiento o sociales involucrados.



# Documento oficial de la Sociedad Internacional de Aterosclerosis: Recomendaciones generales para el tratamiento de la dislipidemia

## RESUMEN EJECUTIVO

Official document of the International Society of Atherosclerosis: general recommendations for treatment of dyslipidemia. Executive Summary IAS Panel for Global Recommendations for the Management of Dyslipidemia. *Clin Invest Arterioscl.* 2014; 26(1):33–37

La Sociedad Internacional de Aterosclerosis (IAS) ha actualizado sus recomendaciones para el tratamiento de la hipercolesterolemia y la dislipidemia con el propósito de contribuir a la reducción del riesgo de las enfermedades cardiovasculares (ECV) de origen arteriosclerótico. En este resumen ejecutivo se destacan las principales conclusiones extraídas del amplio informe final, donde se analizan ampliamente los antecedentes del tema, las deliberaciones y los acuerdos alcanzados por los firmantes del documento y se detallan las recomendaciones propuestas por la IAS.

Una vez revisadas y criticadas las pruebas documentadas disponibles actualmente, los autores elaboraron una serie de recomendaciones dirigidas a apoyar el juicio clínico, pero no a reemplazarlo. En el informe se han separado las recomendaciones para prevención primaria y secundaria. Para la redacción de esta última se dio prioridad a los resultados de ensayos clínicos aleatorizados (ECA), basándose en las abundantes pruebas y datos que han aportado. En cambio, las recomendaciones para la prevención primaria están basadas en la experiencia acumulada durante muchos años, derivada de la investigación en epidemiología, genética, ciencias básicas y ensayos clínicos. En prevención primaria, las pruebas derivadas de los ECA son escasas, tanto por el menor número de ensayos como por la limitada participación internacional. Finalmente, se han tenido en cuenta los consistentes argumentos y pruebas que relacionan el colesterol y las ECV.

Las principales innovaciones presentadas en este documento son las siguientes:

- Son unas guías consensuadas internacionalmente y basadas en múltiples fuentes de datos.
- La identificación del colesterol no unido a las lipoproteínas de alta densidad (no HDL-c) como la fracción más aterogénica del colesterol.
- La definición del colesterol aterogénico indistintamente como unido a las lipoproteínas de baja densidad (LDL-c) y no HDL-colesterol.
- La definición de los niveles óptimos del colesterol aterogénico (ambos C-LDL y no-HDL-C) para prevención primaria y secundaria.
- La adjudicación de prioridad a las categorías de riesgo a largo plazo, en sustitución de las de riesgo a corto plazo.
- El ajuste del cálculo del riesgo según sea el riesgo basal de las diferentes naciones o regiones.
- La adjudicación de primacía a la intervención sobre los estilos de vida, relegando a segundo lugar la terapia farmacológica.



  
**COLMIBE**®  
 atorvastatina + ezetimibe

**SINERGIA TERAPÉUTICA**

MAYOR EFICACIA CON MENOS EFECTOS ADVERSOS

NUEVO

**ILTUXAM®**  
Olmesartán y amlodipina

En Hipertensión Arterial  
hay una  
**NUEVA COMBINACIÓN**



El tratamiento que combina  
**EFICACIA y PROTECCIÓN**  
para reducir el riesgo  
cardiovascular en un solo  
comprimido  
**ARA-II más eficaz,  
ahora potenciado**

Protección  
Combinación  
para sus pacientes

en  
**1** solo  
comprimido

## ¿La Polypill mejora los resultados cardiovasculares? Los ensayos en curso buscan una respuesta

Castellano JM, Sanz G, Ortiz AF, et al. **A polypill strategy to improve global secondary cardiovascular prevention.** *J Am Coll Cardiol* 2014; 64: 613-621.



La prevención de la enfermedad cardiovascular (ECV) usando una polipíldora gana cada vez más impulso como una estrategia para contener la progresión de la enfermedad. Desde su concepción inicial hace poco más de una década, sólo un puñado de ensayos han sido completados evaluando la eficacia y seguridad de este concepto innovador. Los resultados de estos ensayos han apoyado la viabilidad de la polipíldora en el manejo y prevención de las ECV, aunque con algunas salvedades, esencialmente relacionadas con la falta de evidencia sobre el efecto de la polipíldora para reducir efectivamente los eventos cardiovasculares.

La polipíldora tiene el potencial para controlar la epidemia mundial de la salud de la ECV por alcanzar efectivamente las regiones subdesarrolladas del mundo, lo que simplifica la asistencia sanitaria, mejorando el costo/beneficio, aumentando la adherencia a la medicación, y el apoyo a una prescripción de fármacos cardioprotectores basados en la evidencia. Estudios importantes en curso proporcionarán pruebas definitivas sobre la eficacia de la polipíldora en la reducción de ECV en una manera costo-efectiva. Los resultados de estos estudios determinarán si una estrategia polipíldora puede sofocar el creciente problema de salud pública de las ECV y potencialmente proporcionar la evidencia para implementar una solución eficaz, sencilla e innovadora para frenar la pandemia mundial de la ECV.

En el artículo, publicado en el *Journal of the American College of Cardiology*, los revisores destacan que varios estudios planificados y en curso están evaluando la viabilidad de la polipíldora para la reducción de los eventos cardiovasculares, mientras que otros están enfocados al efecto de la estrategia de adhesión y otros puntos finales subrogados. Tales ensayos incluyen:

► **TIPS-3:** La terapia de combinación Polypill con tres fármacos antihipertensivos (atenolol 50 mg, 12,5 mg de hidroclorotiazida, ramipril 5 mg), simvastatina 20 mg y 100 mg de

aspirina frente a placebo en 5,000 sujetos sin enfermedad cardiovascular y un riesgo anual estimado de enfermedad cardiovascular de 1% por año. Los puntos finales incluyen eventos de enfermedad cardiovascular importante y medida de la función renal y cognitiva.

► **HOPE-3:** La terapia de combinación con rosuvastatina (Crestor, AstraZeneca) 10 mg y una combinación fija de candesartan 16 mg e hidroclorotiazida en 12,000 hombres y mujeres con riesgo moderado para enfermedad cardiovascular. Los puntos finales de este ensayo, incluyen eventos de enfermedad cardiovascular importantes y medida de la función renal y cognitiva.

► **HOPE-4:** Estudio de comunidad-aleatorizado, que utilizará una proyección simplificada y algoritmo de tratamiento con una estrategia de polipíldora implementada por personal no médico. La fase inicial de HOPE-4 medirá la presión arterial y los lípidos y más tarde se extenderá a 190 comunidades en ocho países para evaluar los eventos cardiovasculares en seis años.

► **Poly-Iran:** Estudio de prevención primaria y secundaria probando una combinación de dosis fija de dos fármacos antihipertensivos, atorvastatina y aspirina. En total, 3,500 pacientes recibirán la polipíldora más una mínima atención de seguimiento (educación sobre reducción de riesgo cardiovascular, seguimiento bianual, y mediciones de la presión arterial), 3,500 recibirán solo cuidados mínimos, y 24,000 recibirán cuidado recomendado por las guías. Los puntos finales de Poli-Irán incluirán eventos cardiovasculares mayores.

► **FOCUS:** Estudio de dos fases que primero examinar los factores que limitan el uso apropiado de los medicamentos cardiovasculares. Fase 2 pondrá a prueba los efectos de una polipíldora en la adherencia, la presión arterial y los lípidos a los nueve meses.

RESÚMEN DE TEMA PRESENTADO EN REUNIÓN DE ASOBAT

## Diabetes del adulto mayor: Hay que tratar?

Dra. Karina Chavarría L.



La sociedad contemporánea se ha convertido en una sociedad con predominio de personas de la tercera edad. Se estima que para el año 2025 la población mayor de 65 años del planeta se duplicará de 390 millones a 800. En América Latina y El Caribe la transición demográfica, de comienzo reciente, se caracteriza por su rapidez. En el año 1950 solo el 5,4 % de la población tenía 60 años o más, en el 2002 se estimó el 8 %, mientras que para el año 2025 se calcula será el 12,8 % de la población y para el 2050 el 22 %, de manera que en un siglo el porcentaje de adultos mayores se duplicará.

Los adultos mayores con diabetes presentan mayor mortalidad, morbilidad cardiovascular y prevalencia de síndrome geriátrico (fragilidad, deterioro funcional y cognitivo, depresión, caídas, incontinencia urinaria, dolor persistente, polifarmacia) que los ancianos de su misma edad.

Los adultos mayores con diabetes tienen una gran heterogeneidad clínica y funcional. El tiempo de evolución de la diabetes puede ser variable y asociarse o no a complicaciones de la enfermedad. Con frecuencia, estos pacientes presentan otras enfermedades crónicas, deterioro cognitivo en grado variable y cierta limitación funcional, circunstancias que condicionan una expectativa de vida total y activa muy variable. Por todo ello, resulta imprescindible realizar una valoración integral que permita establecer un objetivo de control y un plan terapéutico individualizado y consensuado con el paciente y/o sus cuidadores, centrado principalmente en objetivo de calidad de vida.

En los adultos mayores con capacidad funcional y cognitiva conservadas, sin complicaciones ni comorbilidades importantes y con buena expectativa de vida, se recomienda una meta de HbA1c del 7-7.5 %. Por otro lado, en los adultos mayores frágiles que no cumplan los anteriores requisitos o con mayor vulnerabilidad a hipoglucemias los objetivos de control deben ser menos

estrictos ( HbA1c 7.6-8.5) dada la expectativa de vida baja deja fuera de perspectiva objetivos de control muy estrictos que ofrecen sus beneficios a medio o largo plazo. En estos pacientes las prioridades clínicas deben centrarse en evitar tanto las hipoglucemias como los efectos a corto plazo de la hiperglicemia y tratar de brindarles confort y buena calidad de vida.

Las hipoglucemias son el principal efecto indeseado del tratamiento de la diabetes en los adultos mayores, dada su mayor predisposición a sufrirlas y por sus graves consecuencias en esta población. Por lo que se deberán priorizar, en la medida de lo posible a aquellas terapias que minimicen el riesgo de episodios hipoglucémicos.

La estrategia terapéutica del adulto mayor con DM2 debe individualizarse en función del objetivo planteado. La dieta y el ejercicio también son importantes en este grupo de edad. La metformina constituye, salvo contraindicación o intolerancia el tratamiento de elección. Los inhibidores de DPP-4 por su buen perfil de eficacia, tolerancia y seguridad pueden recomendarse como agentes de segunda línea como lo señala el Consenso Español, sin embargo aun no contamos con este medicamento en nuestro país por lo que debemos seguir recurriendo a las sulfonilureas.

Contamos con muy poca evidencia que avale el tratamiento más adecuado de la DM en el paciente adulto mayor y la mayoría de las recomendaciones se sustentan en estudios observacionales, en la extrapolación de estudios realizados en otros grupos de población o en la opinión de expertos. No obstante, los principales estudios realizados en los últimos años (ACCORD, ADVANCE y VADT) ya han incluido un número sustancial de pacientes de 65-75 años. Son precisos estudios amplios y aleatorizados con objetivos e intervenciones específicamente centrados en población adulta mayor diabética.

¿Alguna vez

**imaginó** algo más,**soñó** algo más,**esperó** algo más...

# NABILA®

nebivolol 2,5/5/10 mg

## Algo más que un $\beta$ -Bloqueante

**1 UNA Toma Diaria**



# DIABETES TIPO 2

Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes tipo 2  
Aplicación práctica de las Guías ALAD 2013  
Octubre - Noviembre 2014

## ¡La inscripciones abren pronto!

Participe en el curso online interactivo centrado en la práctica clínica, de dos meses de duración sobre Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2.

Este curso esta organizado conjuntamente por la Asociación Latinoamericana de Diabetes y la Sociedad de Diabetología y Nutrición del Uruguay, con el apoyo de la Society for World wide Medical Exchange

Fechas del curso: Octubre - Noviembre 2014 • Duración aproximada: 26 horas

### DESCRIPCIÓN GENERAL

El propósito del curso es contribuir a la aplicación de la evidencia científica en diabetes tipo 2, resumido en la guía ALAD 2013, en el contexto de las distintas realidades de los países de América Latina.

Este curso online interactivo incluirá material de modo específicamente diseñados para esta actividad, incluyendo artículos, vídeo-conferencias, casos clínicos para resolución grupal e individual y simulaciones clínicas.

El curso será desarrollado en español y portugués. La modalidad online es asincrónica lo que hace posible acceder a los materiales y realizar las actividades desde cualquier lugar y en cualquier horario.

### METODOLOGÍA

Por ser un curso de alto impacto en la práctica, el abordaje de los contenidos será por medio de la discusión y resolución de casos clínicos, de forma grupal e individual.

Incluirá materiales de estudio y actividades específicamente diseñados para este curso:

- Artículos
- Videoconferencias
- Se encontrarán disponibles Guías ALAD 2013 y otras Guías y Congresos que aportan información fundamental para el manejo integral del paciente con diabetes tipo 2.
- Foros de discusión grupales
- Simulaciones interactivas de casos clínicos

### PÚBLICO OBJETIVO

- Médicos Generales
- Diabetólogos
- Gerátras
- Otros profesionales de la salud de toda América Latina
- Internistas
- Endocrinólogos
- Cardiólogos
- Médicos de familia
- Especialidades afines
- Gerencadores en salud

### COSTO

Precio hasta el 31 de agosto de 2014

USD 120 para médicos no socios de ALAD

USD 100 para médicos socios de ALAD

USD 75 para residentes, estudiantes, profesionales de enfermería

### TEMARIO

- Epidemiología
- Diagnóstico precoz
- Prevención primaria
- Objetivos terapéuticos
- Abordaje terapéutico de la hiperglucemia
- Abordaje terapéutico de la hipertensión y la dislipidemia
- Educación y auto monitoreo
- Antidiabéticos orales
- Agentes inyectables (insulinas y agonistas GLP-1)
- Situaciones especiales



SOCIEDAD DE DIABETOLOGIA  
Y NUTRICION DEL URUGUAY



THE SOCIETY FOR  
WORLDWIDE MEDICAL EXCHANGE  
UNITING DOCTORS | SAVING LIVES

The Society for World Wide Medical Exchange

41-306-407-9222 | info@worldwidemedicaexchange.org | www.worldwidemedicaexchange.org

## 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:

23/07/14	Envejecimiento cerebral	Dr. Humberto Molina A
20/08/14	La diabetes del anciano: hay que tratar?	Dra. Karina Chavarría L.

## 2014 Eventos para Recordar

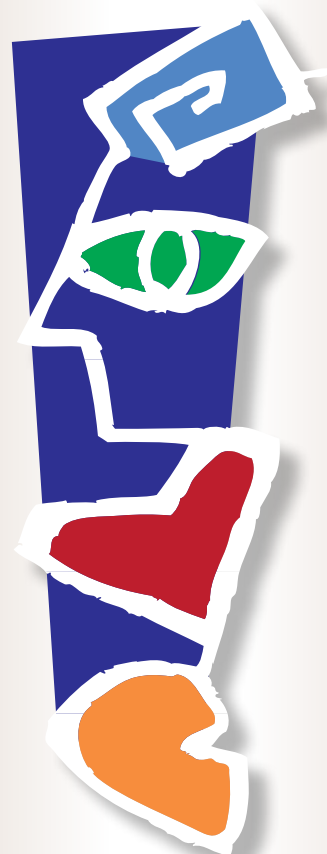
10 a 12 de septiembre	VIII Curso Internacional de Actualización en Diabetes. V Curso ALAD de Diabetes. La Paz, Bolivia. Informes: e-mail samcordovaroca@gmail.com
15 a 19 de septiembre	50th EASD Annual Meeting, Vienna, Austria
23 a 26 de septiembre	Congreso Nacional de Medicina Interna. Hotel Radisson. Montevideo, Uruguay
28 a 30 de septiembre	Jornadas Científicas de Medicina Interna. Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires. Asociación Médica Argentina. Buenos Aires, Argentina.
8 a 11 de octubre	MEDINT2014. Sociedad Cruceña de Medicina Interna. Hotel Buganvillas. Santa Cruz, Bolivia.
24 a 28 de octubre	WCIM 2014. 32nd World Congress of Internal Medicine. Seoul, Corea
Octubre y noviembre	Diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes tipo 2. Aplicación práctica de las guías ALAD 2013. Curso online.
4 a 7 de noviembre	1° 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. Universidad Católica, Puerto Madero. Buenos Aires, Argentina
12 a 15 de noviembre	IX Congreso Internacional de Factores de Riesgo de Aterosclerosis (FRATEROS 2014) y Curso Latinoamericano de Diabetes. Hotel Habana Riviera, La Habana, Cuba. Informes: e-mail jfbritto@infomed.sld.cu
15 a 19 de noviembre	AHA. 14 Scientific Sessions. Chicago, Illinois, USA
19 a 21 de noviembre	IV Congreso Cubano de Endocrinología Pediátrica "ENDOPED 2014", Hotel Tulipán, La Habana, Cuba
3 a 6 de diciembre	LIV Congreso Internacional de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología A.C. Mérida, Yucatán

## 2015

8 a 11 de mayo	IX Congreso SOLAMI. Punta Cana, República Dominicana,
23 a 26 de mayo	XVII Simposio Internacional sobre Aterosclerosis (ISA 2015), Ámsterdam, Países Bajos.
8 a 10 de octubre	XIII Congreso Latinoamericano de Aterosclerosis SOLAT 15. Barranquilla, Colombia

Ahora,  
en hipertensión arterial  
hay una nueva manera de escribir

# ProteXión



**ILTUX**<sup>®</sup> Olmesartán

**ILTUX**<sup>®</sup>HCT  
Olmesartán/HCT

ProteXión bien entendida

## 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 Gabulli
<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	



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

**SINERGIA TERAPÉUTICA**

MAYOR EFICACIA CON MENOS  
EFECTOS ADVERSOS