

EDITORIAL

Editorial

Aún persiste el Síndrome de Yentl?.....

Yentl es la protagonista de uno de los cuentos de I. B. Singer; es una joven hebrea que deseaba estudiar el Torah (la sagrada escritura) pero, no siéndole permitido asistir a la yeshiva, (la escuela en la que se estudia el Torah) es obligada a vestirse de hombre para poder coronar su deseo.

Existe la tendencia en muchas personas, incluidas profesionales, a identificar las enfermedades del corazón con la población masculina. La epidemia de muertes por causa cardiovascular en hombres de mediana edad que se produjo en la década de los 50 en Estados Unidos, generó un sesgo de percepción sobre la frecuencia y la distribución por sexos de estas enfermedades.

Contrariamente a lo que la gente piensa, la mortalidad por enfermedad cardiovascular es más elevada en las mujeres que en los hombres. De hecho, estas enfermedades son la primera causa de muerte en las mujeres, incluso en nuestro país, por delante de otras como el cáncer de mama.

Muchos de los ensayos clínicos y estudios comunitarios sobre enfermedades cardiovasculares se han realizado sólo en hombres, extrapolando los resultados al resto de la población. Sin embargo, existen diferencias entre mujeres y hombres en el impacto de los factores de riesgo, síntomas y respuesta terapéutica.

En prevención primaria, el control de los factores de riesgo cardiovasculares -clásicamente diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia y tabaquismo-es menor, lo que determina que cuando se produce un síndrome coronario agudo, las mujeres lleguen en peores condiciones. Presentan mayor edad, mayor número de enfermedades asociadas y, en particular, mayor presencia de determinados factores de riesgo que tienen más riesgo específicamente en mujeres, como la hipertrigliceridemia y la diabetes.

Las mujeres presentan peor supervivencia, a corto y a largo plazo, ante un evento coronario agudo, en parte por la mayor comorbilidad y la atribución del exceso de mortalidad a la mayor edad, siendo especialmente letal la combinación de sexo femenino y mayor edad.

Las mujeres son sometidas a menos procedimientos diagnósticos y terapéuticos que los varones (revascularización) bajo las mismas condiciones clínicas. En prevención secundaria, al alta de un evento coronario agudo, se utilizan menos los fármacos como betabloqueadores, inhibidores ECA, aspirina, clopidogrel y estatinas en mujeres que hombres.

El infarto de miocardio y el ictus continúan siendo vistos como enfermedades de los hombres y esta visión ha limitado profundamente la investigación y mejoras en el manejo clínico. Sin embargo, factores relacionados al ambiente socioeconómico influyen fuertemente el desarrollo de enfermedades cardiovasculares. Para mujeres, el apoyo psicosocial está influenciado por su nivel de ingresos, educación, cultura, religión, acceso a los servicios de salud. Para la mayoría de las mujeres estos factores representan las principales barreras para la prevención de la enfermedad cardiovascular.

No esperemos que la mujer tenga que comportarse clínicamente como un hombre para que sea atendida debidamente de su patología cardíaca. La promoción de la salud cardiovascular entre mujeres deberá ser acompañada no solo removiendo todos estos obstáculos, sino con la participación activa de ellas en la vida privada y pública, permitiéndoles compartir un papel igualitario en los procesos de desarrollo económico, social, cultural y político. Si en pleno siglo XXI no estamos de acuerdo con estos objetivos es que todavía persiste el síndrome de Yentl.

Dr. Samuel Córdova Roca FACP

DIRECTIVA

Presidente

DR. SAMUEL CÓRDOVA ROCA

Vicepresidente

DR. IGNACIO LÓPEZ

Secretaria General

DRA. REBECA MURILLO

Tesorera

DRA. MOIRA IBARGUEN

CONSEJO EDITORIAL

DR. SAMUEL CÓRDOVA ROCA

DRA. ISABEL ELIANA CÁRDENAS G.

DRA. KARINA CHAVARRIA

DR. IGNACIO LÓPEZ



Mujeres con IAM tienen mayor mortalidad intrahospitalaria que los hombres

Eur Heart J 2006; 27: 2177-2183

Análisis de datos del estudio OPTIMAAL mostraron que las frecuencias en la mortalidad intrahospitalaria son mayores entre mujeres que hombres post infarto agudo de miocardio (IAM). Los investigadores estudiaron las tasas de sobrevida entre pacientes incluidos en el Optimal Trial in MI with Angiotensin II Antagonist Losartan (OPTIMAAL), que incluían solo pacientes de riesgo alto con IAM.

El grupo estudiado comprendía 1575 mujeres y 3902 hombres con signos o síntomas de falla cardíaca, disfunción ventricular izquierda, o IAM

con ondas Q patológicas en pared anterior, con un promedio de seguimiento de 2.7 años.

El riesgo de muerte era significativamente mayor entre mujeres que hombres, con tasa de mortalidad de toda causa de 20.8% versus 15.9% ([HR]=1.37; $p<0.001$), y muerte cardiovascular de 17.8% versus 12.9% (HR= 1.44; $p<0.001$). Reinfarcto o muerte, bypass coronario, y tasas de revascularización fueron puntos finales pre-especificados que también eran significativamente mayores entre mujeres.

La mortalidad intrahospitalaria era significativamente mas común en mujeres que

hombres, 4.89% versus 2.54% ($p<0.001$), y el riesgo relativo incrementado de muerte hospitalaria de toda causa entre mujeres permanecía significativo después del ajuste para edad y comorbilidades, con un odds ratio de 1.57 ($p=0.006$).

Concluyen que el conocimiento incrementado de las diferencias de género en signos y síntomas de IM, resulta en un temprano y acertado diagnóstico y rápido y apropiado tratamiento, lo que puede reducir las muertes hospitalarias y mejorar el pronóstico en este grupo de mujeres.

Resumen de la Conferencia dictada en el Congreso Internacional FRATEROS 2006 y VIII de la Sociedad Iberolatinoamericana de Aterosclerosis - SILAT

(La Habana, 27 al 30 de noviembre de 2006)

Mujeres, Menopausia y Corazón

“Entre las mujeres, las afecciones circulatorias son la primera causa de defunción, y luego están las neoplasias”, aseveración que corresponde a nuestro país, al igual que lo que ocurre en EEUU donde la enfermedad cardiovascular (ECV) es la causa número uno de muerte en mujeres. La enfermedad coronaria (EAC) fue la causa de la mitad de todas las muertes por ECV entre mujeres, y el ictus era responsable del 20%.

Se estima que 1 de 2 mujeres eventualmente morirá de EAC o de ictus versus 1 de 28 mujeres de muerte esperada por cáncer de mama

Cualquier manifestación inicial de EAC ocurre 10 años mas tarde en las mujeres que en los hombres. A los 60 años, 1 de 5 hombres ha tenido un evento EAC comparado con 1 de 17 mujeres. La dependencia de la edad en la mujer es más prominente, 1 en cada 8 a 9 mujeres entre 45 a 64 años tiene evidencia de EAC, en contraste a 1 de 3 mujeres mayores de 65 años.

Mecanismos relacionados al sexo se han propuesto para explicar las diferencias entre hombres y mujeres en el desarrollo de la enfermedad aterosclerótica, pero no han sido soportados por evidencia concluyente. Las tasas de EAC en mujeres posmenopáusicas son 2 a 3 veces mayores que para mujeres premenopáusicas de la misma edad. El efecto cardioprotectivo de los estrógenos se cuestionó por los resultados de los ensayos de terapia hormonal (TH). The Heart and Estrogen/ progestin Replacement Study (HERS) evaluó la TH en prevención secundaria y no mostró reducción de la tasa total de eventos de EAC. The Womens Health Initiative (WHI) fue un estudio de prevención primaria donde el brazo estrógeno-progestina se paró tempranamente por el ligero exceso de eventos CV entre las mujeres que recibían la TH.

Las mujeres con evidencia clínica de EAC, tienden a ser mayores, ha tener un mayor número de

factores de riesgo (FR) para cardiopatía y comorbilidades. Tienen mas probabilidad que los hombres a tener niveles de CT altos y a ser obesas. Mujeres que fueron a angiografía coronaria de emergencia después de presentar infarto agudo de miocardio comparado con los hombres tenían una significativamente mayor prevalencia de hipertensión (HAS) y diabetes mellitus (DM) y mayor edad. La DM incrementa el riesgo de EAC 3 a 7 veces en mujeres vs. 2 a 3 en los hombres y la dislipidemia aterogénica es más frecuente en mujeres, siendo los triglicéridos un factor de riesgo particular. Mujeres con DM tienen una mayor prevalencia de obesidad e HAS y menor HDL-C que mujeres no DM.

Un HDL-C bajo 50 mg/dL es también uno de los criterios diagnósticos para síndrome metabólico en mujeres. Las mujeres con bajo HDL-C tienen un riesgo relativo para muerte por ECV de 1.74 (95% CI 1.10-2.75).

La adiposidad abdominal tiene un riesgo mayor para HAS así como de ECV. Las mujeres obesas comúnmente tienen perfiles de lípidos de alto riesgo. La obesidad parece también ser un factor crítico en el desarrollo de resistencia a la insulina.

La prevalencia de HAS crece dramáticamente después de los 55 años, llegando a ser mas común que en hombres de la misma edad. Más del 80% de estas mujeres con HAS tienen hipertensión sistólica aislada. Las mujeres negras tienen una muy alta prevalencia de HAS.

Más de la mitad de los IM en mujeres de edad media se han atribuido al tabaco. Dobra el riesgo de EAC en mujeres con un RR de 2.24 versus 1.43 en hombres

Las mujeres pueden tener más probabilidad a presentar síntomas atípicos durante un evento coronario agudo. Probablemente experimentan dolor torácico como un síntoma coronario agudo más a menudo que los hombres, pero pueden

Dr. Samuel Córdova Roca, FACP

quejarse menos de dolor torácico y más probable reportar dolor de cuello, mandíbula o dorsal. La disnea, náuseas y pérdida de apetito, deberán también ser reconocidos como posibles síntomas coronarios agudos.

En el IM inicial las mujeres presentan incremento de la mortalidad hospitalaria, a una semana, a un año y peor pronóstico a 6 años con una mayor prevalencia de la insuficiencia cardíaca. Un mayor porcentaje de ellos no es reconocido y son sometidas a un menor número de procedimientos diagnósticos y terapéuticos que los hombres.

En los 90 las mujeres fueron incluidas relativamente en poco número en muchos de los estudios de prevención primaria y secundaria con estatinas. En el The Heart Protection Study con una gran subpoblación (25%) de mujeres no se encontró diferencias en los eventos vasculares mayores de acuerdo a edad o sexo.

Las mujeres hacen mas del 40% de los pacientes que se presentan con riesgo alto de síndrome coronario agudo sin elevación del ST en el CRUSADE initiative. El riesgo para complicaciones intrahospitalarias, es 15% a 20% mayor para las mujeres comparadas con hombres.

Las Guías de la AHA para Reducir el Riesgo identifico a los cambios de estilo de vida terapéuticos (dejar de fumar, ejercicio regular, control de peso, y dieta sana) como prioridades en todos los niveles de riesgo, desde que ellas tienen el potencial de reducir la ECV clínica y prevenir el desarrollo de FR CV mayores.

En resumen, la ECV es la causa número uno de muerte en las mujeres, el primer IM es más fatal, desarrollan más a menudo que los hombres dolor torácico, que raramente progresa a IM y tienen menor prevalencia de EAC y de enfermedad multivaso que los hombres y el síndrome X - angina de esfuerzo, prueba de esfuerzo positiva y coronariografía normal se ve principalmente en mujeres posmenopáusicas.

Resúmenes de conferencias presentadas en sesiones de ASOBAT

1. Riesgo Cardiovascular en Pacientes con IRCT en Bolivia

Dra. Sdenka Maury Fernández, MSC

La Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT), fue recientemente considerada como una epidemia por la OMS, por su alto impacto sanitario, social y económico, siendo analizada internacionalmente en múltiples foros. Se observa con preocupación que la cifra actual de pacientes con daño renal irreversible se duplicará en los próximos 10 años debido al envejecimiento progresivo de la población y al aumento de la prevalencia de los factores que predisponen al desarrollo de la IRCT.

La IRC es un problema de salud pública, con una incidencia y prevalencia creciente desde hace 2 décadas. En Bolivia, de acuerdo al Registro Nacional de Diálisis Peritoneal, Hemodiálisis y Trasplante Renal del MSD, durante el periodo noviembre 2004 a marzo 2006 ingresaron a tratamiento dialítico 1085 personas con IRCT (751 a hemodiálisis y 334 a diálisis peritoneal), hallándose una prevalencia de 112 p.m.p; tan solo en 6 meses (Octubre 2005 – Marzo del 2006) se registró el ingreso a diálisis de 418 nuevos pacientes. Si estimamos que

por cada paciente en programa de diálisis o trasplante renal puede haber 100 casos con IRC en estadios menores en la población general (Kidney Disease Outcomes Quality Initiative), se asume que en Bolivia habría 108.500 personas con IRC con riesgo de progresar fase terminal.

En los pacientes con IRC, el riesgo vascular esta aumentado 20 veces y es la principal causa de mortalidad en este grupo de enfermos. Los pacientes renales presentan un aumento muy importante de la morbilidad cardiovascular en relación a la población general, debido a la presencia de varios factores de riesgo cardiovascular tradicionales (hipertensión, diabetes, dislipidemia, etc) y otros relacionados con la insuficiencia renal (microalbuminuria, proteinuria, anemia, homocisteína, etc).

En nuestro país, las 2 principales causas de IRCT son la diabetes (38%) y la hipertensión arterial (13%), siendo responsables del 51% del daño renal

irreversible; sin embargo hay un 20% de los pacientes con falla renal terminal sin causa determinada. La edad media de esta población fue de 45 años, y es cada vez mas creciente el número de casos de pacientes jóvenes que ingresan a diálisis, mostrando un carácter epidémico de la patología.

Señalemos algunos datos referentes a los factores de riesgo cardiovascular de nuestra población con IRCT en tratamiento de hemodiálisis (751 pacientes). La anemia es un importante factor de RCV en pacientes urémicos por su poder arritmogénico, y el 74% de los pacientes presentaban anemia y menos del 50% recibían tratamiento; algunos pacientes con valores de hemoglobina de 2.8 g/dL y hematocrito de 12%.

El 73% de los pacientes cursaban con hipertensión arterial, pero solo el 82% de ellos recibía tratamiento antihipertensivo, en más del 60% con antagonistas del calcio y/o IECA. El riesgo relativo (RR) para los pacientes con HTA era 1.07

veces mas probabilidad de mortalidad cardiovascular que el resto de población dializada (RR = 1.07 (1.01 < RR < 1.18)). El 34% de los pacientes tenía diabetes, determinándose que el riesgo de muerte cardiovascular era de 1.36 veces mas que el resto de la población que recibe este tipo de terapia de sustitución renal (RR = 1.36 (1.10 < RR < 1.68)).

Menos del 50% de los pacientes con IRCT que ingresaron a hemodiálisis lograron sobrevivir más de 1 año, con una mortalidad anual del 23%. Sólo 35% recibían tratamiento dialítico de acuerdo a normas internacionales (3 veces a la semana).

La identificación de una población con mayor riesgo (edad, cardiopatías y alteraciones estructurales cardíacas asociadas) y la acción agresiva sobre los factores de riesgo (HAS, diabetes, anemia, etc), son las estrategias a seguir para lograr prevenir o disminuir la mortalidad cardiovascular en el paciente con IRCT.

2. Aterotrombosis Coronaria

Dr. Luis Wayar Caballero

En Estados Unidos 1.5 millones de personas presentan IAM al año, el 30% fallecen y de estos el 55% en la primera hora; es por esto que la Enfermedad Cardiovascular Aterosclerótica es un problema de Salud Pública. En Bolivia la mortalidad por causa circulatoria es de 36.4% en los hombres y 44.5% en las mujeres.

Factores de riesgo cardiovascular, como diabetes, tabaco, hipertensión arterial y otros, provocan disfunción endotelial y procesos inflamatorios que, luego de una serie de procesos celulares y liberación de sustancias vasoactivas, llevan finalmente a la agregación plaquetaria, depósito de fibrina y crecimiento de la placa conduciendo al evento final, el síndrome coronario agudo. Esta bien determinado que la

“inflamación” está presente en el inicio, progresión y complicaciones del proceso aterosclerótico.

Los “biomarcadores” de actividad de la placa aterosclerótica, de acuerdo al ATP III, pueden ser considerados como factores de riesgo emergentes, sobre todo en el grupo de riesgo intermedio. Dentro de éstos, las troponinas son las más destacadas con utilidad diagnóstica, toma de decisiones y estratificación pronóstica. Otro biomarcador es la Proteína C Reactiva altamente sensible (PCRhs) que cuando presenta un valor > 3 mg/dL tiene el mismo valor pronóstico del Síndrome Metabólico y es un predictor independiente de eventos cardiovasculares. La proteína plasmática A asociada al embrazo (PAPP-A) es un enzima fijadora de zinc y proteína ligando

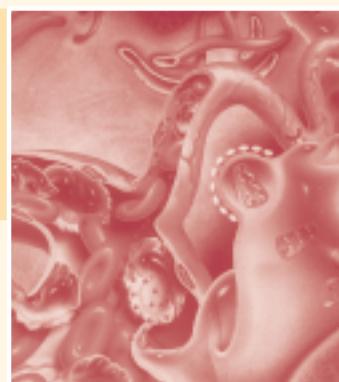
del IGF por lo que es un modulador en la progresión de la aterosclerosis y desarrollo de reestenosis post intervencionismo. La fosfolipasa A2 asociada a lipoproteína (Lp-PLA2) es la lipoproteína causante del mayor contenido de lisofosfatidilcolina en las LDL oxidadas cuyo elevado contenido aterogénico es por este elevado contenido. La Cistatina C es un inhibidor de la proteasa de la cisteína y se ha descrito como un buen marcador pronóstico en el síndrome coronario agudo, debido a que participa en la inhibición de la quimiotaxis de los PMN.

Dentro de los métodos de evaluación de modificaciones en la placa destacan la angiografía coronaria que nos permite tomar decisiones diagnósticas y terapéuticas, la ecografía intravascular

que nos permite evaluar la extensión, composición y área de la placa y sus componentes (variedad de E.I.V. con radiofrecuencia), la tomografía computarizada, con emisión de positrones y la de coherencia óptica que permiten evaluar la actividad de los macrófagos en el ateroma.

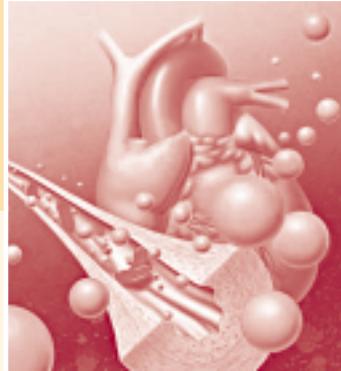
Finalmente, debemos tener en cuenta que cuando estamos “frente a un episodio clínico ya el abordaje es tardío”, la prevención primaria es fundamental, con un adecuado control de los factores de riesgo (elevación de HDL-C, reducción de LDL-C, adecuado control de la presión arterial, adecuado control de glucemia, etc.) para reducir las futuras complicaciones.

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:

18/10/06	Riesgo Cardiovascular en la Insuficiencia Renal Crónica:	Dra. Sdenka Mauri
15/11/06	Aterotrombosis Coronaria	Dr. Luis Wayar
14/12/06	Cena de fin de año	Tecnofarma
15/12/06	Aterosclerosis y Actividad Física	Dr. Nibaldo Hernández
19/12/06	Actividad Física y Riesgo Cardiovascular	Dr. Nibaldo Hernández



Eventos para recordar

2007

16 al 18 de marzo	XII Curso Internacional de Actualización y Formación en Diabetes Mellitus. Organizado por la División de Lípidos y Diabetes de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia en asocio con SOLAT y SILAT. Hotel Country Norte Carrera 52 con Calle 75. Barranquilla, Colombia. Informes: Prof. Dr. Iván Darío Sierra sysco79@yahoo.com
27 al 30 de marzo	V Congreso Latinoamericano de Medicina Interna, IV Congreso Nacional de Medicina Interna Hotel Ramada Plaza Herradura. San José, Costa Rica www.ccmcr.com/congresos/
18 al 20 de mayo	X Congreso de Vasculopatías, Factores de Riesgo y Pie Diabético Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Paraguay 2149 Buenos Aires, Argentina. Informes: Prof. Dr. Adolfo V. Zavala piezavala@fibertel.com.ar
8 al 11 de Junio	19ª Clínica Nacional de Lípidos. Organizada por la División de Lípidos y Diabetes de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia en asocio con SOLAT y SILAT. Hotel Suites Jones. Bogotá, Colombia. Informes: Prof. Dr. Iván Darío Sierra sysco79@yahoo.com

14 al 17 de junio	21ª Clínica Nacional de Diabetes. Organizada por la División de Lípidos y Diabetes de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia en asocio con SOLAT y SILAT. Hotel Suites Jones. Bogotá, Colombia. Informes: Prof. Dr. Iván Darío Sierra sysco79@yahoo.com
9 al 11 de agosto	IX Congreso Internacional de la SOLAT, IX Congreso Internacional de la SILAT Campos de Jordao – Brasil. Informes: Prof. Dr. Francisco Fonseca Fonseca@cardiol.br

2008

18 al 21 de mayo	XVI Congreso Mundial de Cardiología. Predio La Rural. Buenos Aires, Argentina
16 al 20 de septiembre	XXVI Congreso Mundial de Medicina Interna. Hotel Sheraton. Buenos Aires, Argentina
23 al 25 de octubre	X Congreso Internacional de la SILAT, Congreso de la Sociedad Portuguesa de Aterosclerosis Hotel Tivoli Marinotel, en Vilamoura (Algarve), Portugal Informes: Prof. Dr. Manuel Carrageta. mcarrageta@mail.telepac.pt

Felicitaciones

En fechas recientes fueron distinguidos tres meritorios colegas miembros de la SOLAT-SILAT, a quienes hacemos llegar nuestras sinceras felicitaciones

- **Prof. Iván Darío Sierra (Colombia)** con la Medalla al Mérito Universitario en el Área de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Colombia (26 de septiembre)
- **Prof. Mario Subiate (Perú)** con la designación de Profesor Invitado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de La Habana (28 de noviembre)
- **Prof. Samuel Córdova Roca (Bolivia)** con la designación de Profesor Invitado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de La Habana (28 de noviembre)

Feliz Navidad



*Una Feliz Noche Buena
y un Año 2007 lleno de
Paz y Ventura
les deseamos a todos
nuestros amigos y
colegas de ASOBAT,
SOLAT y SILAT y sus
distinguidas familias*

Autoridades de la SILAT

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

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

Autoridades de la SOLAT

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

Gentileza de:



Para sus productos:

CALCIO 250 mg + MAGNESIO 100 mg + VITAMINA C 100 mg
magnatil
CÁLCICO

La Forma de Suplementación Mineral:
CALCIO + MAGNESIO + VITAMINA C
Más Avanzada

GABICTAL
GABAPENTINA 300 y 400 mg

“NEUROMODULADOR seguro y eficaz” La cara del ALIVIO

Tialgin Tram

PARACETAMOL 325 mg + TRAMADOL 37,5 mg

Cuando el Dolor exige abordajes terapéuticos más potentes...
Una Combinación Racional en Terapia Analgésica

Ravalgen
CLOPIDROGEL 75 mg

“Seguridad Antitrombótica Superior”