

Atoute.org

*"¡La medicina ha progresado tanto que ya nadie está sano!" **

ARTÍCULO

El gran engaño del colesterol

Primera publicación: MARTES 28 DE NOVIEMBRE DE 2017 ,
por DOMINIQUE DUPAGNE - Visitas: 46495



Un fascinante documental sobre el colesterol y la construcción artificial de su imagen negativa ante el público se emitió en ARTE en 2016. Recibió el premio del público en el festival Pariscience 2017, lo que confirma su excepcional éxito de audiencia.

La cadena franco-alemana la retransmite el 28 de noviembre de 2017 y en replay en la web hasta el 28 de diciembre. A la primera emisión siguió un tenso debate entre un cardiólogo alemán (Pr Laufs) y el cardiólogo Michel de Lorgeril. Para esta nueva emisión, ARTE me ofreció participar solo en el set posterior al documental. Trato de explicar la naturaleza de las controversias que opone violentamente a sus diversos actores. Mi objetivo es que el público pueda orientarse, ya que los mensajes que le llegan sobre este gran tema son contradictorios.

La primera parte del documental [se puede ver aquí](https://rutube.ru/video/0643f1d8745f753494437923dee3ebfb/)
[<https://rutube.ru/video/0643f1d8745f753494437923dee3ebfb/>] .

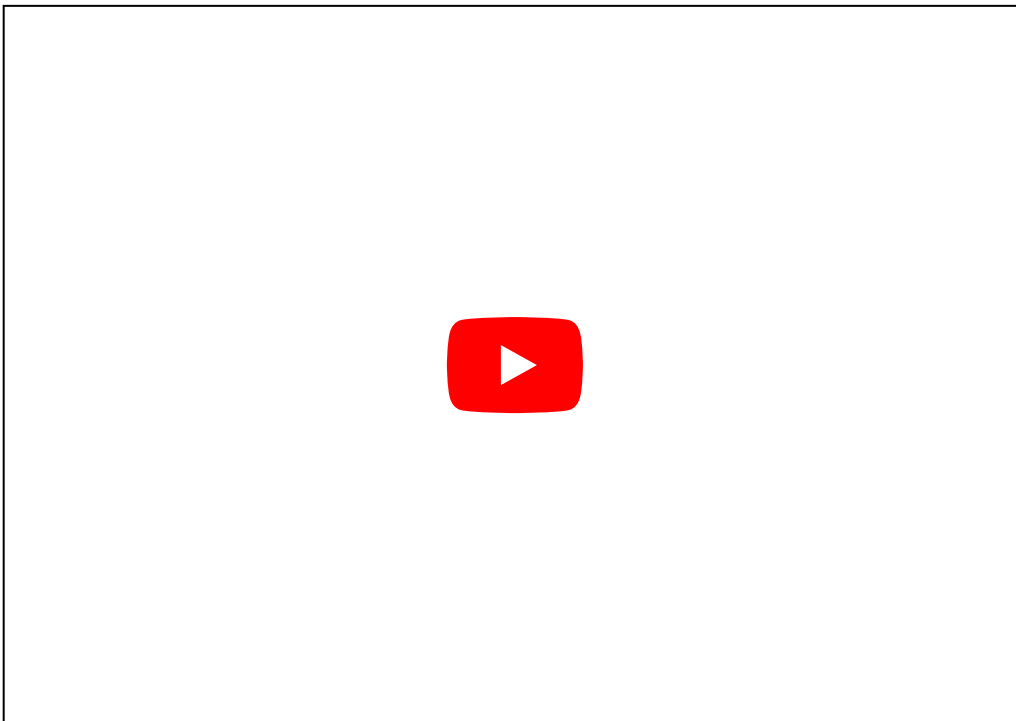
La creciente presión a la que se ven sometidos los periodistas les priva con demasiada frecuencia del tiempo y los recursos necesarios para hacer un buen trabajo. Afortunadamente, aún existen medios donde pueden cumplir su misión de documentación, investigación, comparación de datos y formateo educativo. El canal de televisión franco-alemán ARTE es uno de ellos.

Anne Georget ha decidido abordar el tema del colesterol, el lobo feroz de la nutrición. Me contactó en junio de 2015 a raíz de mis diversos artículos sobre la saga del colesterol [<https://goo.gl/bj9Rin>] desde 1992. Por lo tanto, trabajó sobre el tema durante un año antes de filmar un documental de más de una hora, finalizado este verano.

Durante el rodaje, me impresionó su dominio del tema. Cuando vi el documental, quedé muy impresionado por su calidad y, en particular, por las imágenes de archivo, que son particularmente esclarecedoras.

Sin duda, algunos criticarán un juicio de acusación en el que solo se represente un punto de vista. Sin embargo, llevamos 50 años inundados por el colesterol-terrorismo, cuyos impulsores nunca han dado el más mínimo lugar a la expresión de la duda ni a sus detractores. El comportamiento del profesor Laufs en el debate que siguió a la primera emisión así lo demuestra.

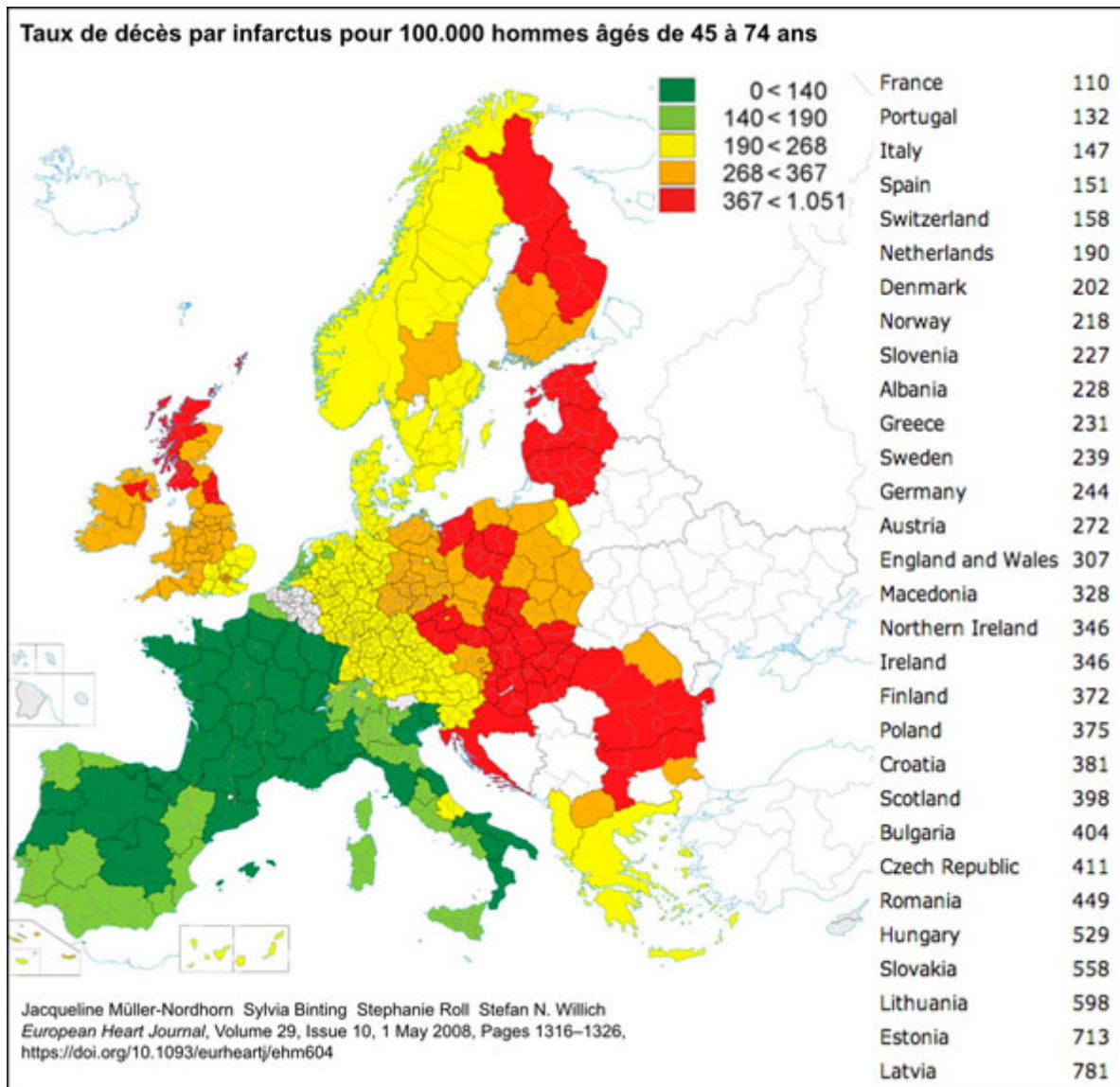
Tras esta nueva emisión, ARTE me ofreció una entrevista para tratar de entender la polémica que persiste a pesar de las aparentes evidencias:



Efectivamente, el único límite de este notable documental, al menos desde mi punto de vista, reside en el tratamiento del problema de las estatinas.

En la medida en que el colesterol NO es un factor de riesgo cardiovascular autónomo, Anne Georget demuestra que es ilógico querer bajarlo con fármacos.

Por otro lado, por razones desconocidas, estas estatinas reducen el riesgo de recurrencia en personas **que ya han sufrido un infarto** , incluidas aquellas con niveles bajos de colesterol. Esto se llama *prevención secundaria* . Sin embargo, no es porque no entendamos el mecanismo de esta protección que debe ser negada. Asimismo, no entendemos de dónde procede la extraordinaria eficacia preventiva de la dieta mediterránea, pero eso no impide que la recomiendemos.



Explicar al público que no sirve de nada medirse el colesterol es fundamental, y eso es lo que se desprende del documental. Pero igual de importante es abordar la siguiente paradoja: *"Las estatinas, fármacos destinados a reducir el colesterol, no tienen ningún interés en las personas que tienen el colesterol alto, pero protegen parcialmente a las víctimas de un primer infarto, tengan o no el colesterol alto"* . Sobre este punto, hay debate. Michel de Lorgeril [<http://michel.delorgeril.info/>] , por ejemplo, no comparte este punto de vista [<https://grangeblanche.com/2013/03/10/cholesterol-mensonges-et-propagande-quelques-morceaux-choisis/>] y atribuye el efecto protector observado a una falsificación de los estudios.

Dejando de lado esta reserva sobre el final del documental, será un hito en la educación nutricional. Espero que se traduzca a muchos idiomas. Es una gran herramienta de salud pública, ya que el azúcar empieza a ser identificado como la principal causa de riesgo cardiovascular, lo que lleva a sus productores a redoblar la imaginación para promocionarlo.



J'aime 42

Partager

Hay 102 mensajes en este foro.

Publicaciones

17 de octubre de 2016, 18:31, por Pauline

Ya la he visto (se fue a Suiza) esta película es genial!!!

18 de octubre de 2016, 08:42, por Emmette

El documental se proyectó ayer en el cine Les Fauvettes de París. Aprendí muchas cosas allí y me da asco la manipulación que ha persistido durante 60 años.

18 de octubre de 2016, 12:27, por annetin

La reflexión sobre el riesgo relativo y los factores de riesgo es fascinante, pero nos hacemos la pregunta ¿quién está liderando actualmente tal reflexión en la comunidad médica en Francia?

Que las farmacéuticas busquen a "El Dorado" no es nada más normal dada la sociedad en la que vivimos...

Lo que más sorprende es la evolución hacia una Medicina cada vez más tecnificada que, para desarrollarse, utiliza esos lobbies tan deplorados pero también una cultura de riesgo absoluto angustiosa e hiperconsumidora del dinero de las cotizaciones a la seguridad social...

En cambio, las especialidades médicas ejercen un papel de contrapoder, de regulación y por el contrario ahogan a los peces. .business

is business obliga

18 de octubre de 2016, 14:58, por Mikael Rabaeus

También soy uno de los médicos entrevistados en este excelente documental.

Debo decir que estoy completamente de acuerdo con Michel de Lorgeril en cuanto a la falta de evidencia convincente del efecto de las estatinas en prevención secundaria. También hemos publicado un artículo en este sentido: la rosuvastatina, que es la única estatina probada desde 2005 cuando las reglas para realizar estudios se hicieron más estrictas, se utilizó en tres estudios de prevención secundaria. En los tres estudios no mostró un efecto favorable sobre el pronóstico...

Los estudios de prevención secundaria que parecen mostrar un efecto son los estudios tempranos, realizados en un momento en que la manipulación todavía era muy fácil.

Y recuerda: todavía no tenemos los datos en bruto de todos estos estudios. En cuanto se nieguen a proporcionarlos, tenemos derecho a expresar dudas muy serias sobre el valor de los estudios, teniendo en cuenta todas las cuestiones que se plantean.

18 de octubre de 2016, 16:14, por Dr. Dominique Dupagne

Hola,

como les comento este es un tema debatido. Consideras, con Michel de Lorgeril, que los estudios anteriores a 2005 han sido falsificados. Es posible, pero no es seguro.

Hay un estudio reciente, Hope3, que demostró que se podría reducir el riesgo cardiovascular con una estatina en personas con un riesgo inicial medio, siempre que no se seleccionaran personas con exceso de colesterol: http://english.medscape.com/voirarticle/3602280_2

[http://francais.medscape.com/voirarticle/3602280_2] Este es el equivalente a un estudio de prevención secundaria.

Puede que tenga razón, y debe recordarse que las estatinas no son fármacos inofensivos. Me he enfrentado a efectos secundarios graves en varios pacientes. Pero encuentro que la demostración de la falta total de interés en la determinación del colesterol ya es una revolución suficiente para un primer paso. Este informe será duramente criticado por haber incluido la prevención secundaria ante la falta de interés por las estatinas, y eso es una pena.

10 de diciembre de 2016. 09:23, por Anne Marcovich

Hola,

vi el programa con inmenso interés y muy convencida.

Ahora estoy buscando un cardiólogo que comparta la perspectiva desarrollada en el programa.

Preferiblemente en París. ¿Podrías decirme uno?

Muchas gracias por adelantado.

Ana

14 de enero de 2017, 08:45, por Justecuste

Estimado Doctor,

soy un paciente corriente con 3,4 g/l endógeno (1m69, 62 kg, no fumador, no sedentario...) y mucho mejor para mí!

Después de 15 años de estatinas y los tendones de 2 hombros y un brazo jodidos (más tendones de Aquiles dolorosos) leí todo Michel de Lorgeril y otros. Tus intervenciones en el doc de Anne Georget son muy buenas, muy explícitas y atractivas; ¡Felicidades!

Cada vez se publica más que bajar el colesterol promueve enfermedades nerviosas, Alzheimer y similares. Yo creo firmemente en ello, ¿y tú?

¿Cómo explicar simplemente que este cuento de la prevención secundaria no aguanta y que aunque hubiera el más mínimo resultado concluyente no sería por la bajada del colesterol?

19 de abril de 2017, 15:09, por Fabien Phse

Hola doctor, me permito preguntarle sobre la cuestión de tomar pravastatina (20) después de un infarto. A un familiar de mi familia se le recetó este medicamento después de un ataque al corazón en 2005. Desde ese día, ha estado tomando este medicamento a razón de media tableta por día. Siguiendo el informe de Arte y después de leer sus comentarios, ¿existe alguna alternativa a este medicamento (o simplemente debe suspenderse si finalmente no trae ningún beneficio...)?

Os agradezco,

Muy cordialmente.

20 de abril de 2017, 8:14 a. m., por Dr. Dominique Dupagne

Buenos días,

Para mí, como para la gran mayoría de los cardiólogos, incluidos los que saben protegerse de las influencias comerciales, las estatinas aportan un indudable beneficio a las personas que ya han sufrido un infarto. Por lo tanto, no estoy de acuerdo con el final del informe. Este beneficio es independiente del nivel de colesterol, que no necesita medirse en esta situación.

No existe una alternativa creíble a un fármaco químico o natural. El arroz de levadura roja es una estatina con las mismas desventajas que los medicamentos.

Por otro lado, la dieta mediterránea aporta un beneficio al menos equivalente, y en mi opinión superior, pero es probable que estos dos beneficios (estatinas y dieta) sumen, al menos en parte.

29 de noviembre de 2017, 19:21, por Lori

Ensayo Hope-3: después de 5,6 años de tratamiento en promedio, mortalidad total en el grupo de rosuvastatina sola: 171 (5,4% de la población); en el grupo doble placebo: 178 (5,6% de la plantilla). ¿Cómo podemos decir que este ensayo demuestra el interés de la rosuvastatina?

20 de diciembre de 2017, 07:27, por Laure Chautard

Estoy buscando lo mismo que tú en París. ¿Lo has encontrado? Si es así, por favor dame la dirección Laure Chautard jeanpierre.chautard@sfr.fr

30 de diciembre de 2017, 10:43, por Jean-Christophe DRONY

Hola,
quería hacer la misma investigación que tú.
A continuación hay una respuesta de alguien que ha investigado bien el tema de las estatinas.
JC DRONY

En cuanto a los cardiólogos "estatinofóbicos", como dices con tanta elegancia, debes saber que los cardiólogos (como todo el golpe médico) están obligados a seguir las recomendaciones de las altas autoridades médicas (HAS, ANSM, etc.) so pena de ser tachados por la orden de los médicos. Así que casi ningún cardiólogo admitirá abiertamente estar en contra de las estatinas, pero cara a cara con el paciente, unos se inclinan más que otros a discutir... Por eso te resultará imposible encontrar ninguna lista de este tipo de cardiólogos. Solo el boca a boca te lo puede decir.

18 de octubre de 2016, 16:00 , por Pierre Biron

Están todos invitados a leer el siguiente artículo:

Biron P. Estas colesterolemias repetidas que engendran Homo Statinismus. (Detección y seguimiento) Medicina (París), mayo de 2015; 11(5): 203-205 - DOI: 10.1684/med.2015.1230

Pierre Biron
Montreal
18.10.2016

18 de octubre de 2016, 17:33 , por Dr. Dominique Dupagne

Hola Pierre,
publiqué esto en 1992
<http://www.atoute.org/images/2013/QUE%20CHOISIR%20SANTE%20N16%20FEVRIER%2092%20CHOLESTEROL%20DUPAGNE.pdf>
[<http://www.atoute.org/images/2013/QUE%20CHOISIR%20SANTE%20N16%20FEVRIER%2092%20CHOLESTEROL%20DUPAGNE.pdf>] no nos hace más jóvenes...

14 de enero de 2017, 9:14 , por Justecuste

¡Muy buen artículo en Que Choisir, que cumple 25 años! ¡1/4 de siglo!
Lástima que falte la página 35.

Sería realmente bueno y útil hacer el equivalente en 2017, con todo lo que sabemos desde entonces, en particular los efectos secundarios de las estatinas, incluida la posible promoción de la enfermedad de Alzheimer, pero también las manipulaciones de la industria en el resultados sesgados de los ensayos clínicos, en particular el "riesgo relativo"!

<http://michel.delorgeril.info/cholesterol/cholesterol-et-cerveau/le-cerveau-aime-le-cholesterol>
[<http://michel.delorgeril.info/cholesterol/cholesterol-et-cerveau/le-cerveau-aime-le-cholesterol>]

16 de enero de 2017, 10:52 , por Dra. Dominique Dupagne

La página 35 fue una toma de humor.

20 de abril de 2017, 08:18 , por Dr. Dominique Dupagne

El artículo de Pierre Biron está disponible en texto completo http://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/ces_cholesterolemies_a_repetition_qui_acteurnt_l_homo_statinisus_304830/article.phtml
 [http://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/ces_cholesterolemies_a_repetition_qui_engendrent_l_homo_statinisus_304830/article.phtml]

18 de octubre de 2016, 22:14

Como profano, me hago preguntas cuando leo esta información publicada en el sitio de psicomedia que también presenta el programa de esta noche: Las *personas que tienen los niveles más altos de colesterol HDL, conocido como "colesterol bueno", tienen un mayor riesgo de muerte, según un estudio publicado en Clinical Journal of the American Society of Nephrology (CJASN).*

<http://cjasn.asnjournals.org/content/early/2016/08/10/CJN.00730116>

[<http://cjasn.asnjournals.org/content/early/2016/08/10/CJN.00730116>]

<http://www.psychomedia.qc.ca/sante-cardiovasculaire/2016-09-07/bon-cholesterol-mortalite>

[<http://www.psychomedia.qc.ca/sante-cardiovasculaire/2016-09-07/bon-cholesterol-mortalite>]

19 de octubre de 2016, 00:06, por Charles

En general fue muy bueno!

El Dr. Dupagne no ve cómo pudimos haber predispuesto a HOPE-3...

Sugiero pensar en el desfase de inclusión, es decir que los asiáticos (bajo riesgo) fueron incluidos en promedio 18 meses antes que los demás. Para que los resultados sean legibles, las personas deben permanecer en el estudio durante el mismo tiempo (por ejemplo, 5 años). En HOPE, los asiáticos se quedan allí durante 7 años, los 'europeos' se quedan allí durante 5; a los 5 años no hay brecha, y, como por casualidad, la brecha muy pequeña se ve a los 6 y 7 años... Raro...

19 de octubre de 2016, 14:14, por Dr. Dominique Dupagne

Hola

Lo siento, pero esta revisión no se sostiene. Los pacientes fueron aleatorizados por centro, no por país. El beneficio observado en HOPE3 es mínimo, pero el investigador principal tiene fama de ser sólido y honesto, y el organizador principal es una empresa de servicios públicos (canadiense). La piratería no es plausible.

Estoy hablando de eficiencia (que, por cierto, es baja). Por otra parte, el hecho de haber excluido inicialmente a los pacientes que no apoyaban el tratamiento impide extraer de él información alguna sobre la tolerancia a las estatinas.

21 de octubre de 2016, 11:43 a. m., por el Dr. KLOCK

Estimado colega,

como un gran número de médicos, usted confunde (lamentablemente para el interés general, es decir, la salud pública) los términos efecto y eficacia.

Sí, las estatinas tienen efecto. No Las estatinas no son eficaces para proteger a la población de las enfermedades cardiovasculares.

La eficacia es CLÍNICA mientras que el efecto de las estatinas es ESTADÍSTICO.

Como practicante, estoy 100% de acuerdo con Michel de Lorgeril y en ningún momento confundo efecto y

eficacia.

"Los hechos son tercos; las estadísticas son más fáciles de manejar." Mark Twain

Saludos cordiales.

30 noviembre 2017, 07:13 , por Dr. Dominique Dupagne

Hola

Reducir significativamente el número de accidentes cardiovasculares sin aumentar las muertes por otras causas es ser efectivo, aunque la diferencia sea pequeña. Sin embargo, como a ti, no me importa el efecto sobre el colesterol.

30 de noviembre de 2017, 21:46 , por Jabean

Hola y gracias por ser tan claro sobre el peligro de satanizar el colesterol, que es solo un testigo inocente.

La niebla que envuelve esta historia se disiparía más rápidamente en cuanto dejemos de confundir la reducción del riesgo relativo (RRR) con la reducción del riesgo absoluto (ARR). El estudio 4S da 1,2 muertes p 100 control paciente-año frente a 0,8 muertes p 100 tratamiento paciente-año. La comunicación solo se hizo sobre el -30% de la RRR, ocultando que el riesgo absoluto ni siquiera disminuyó en 0,5 p 100 años-paciente. Como los números eran muy grandes, obtuvieron una diferencia significativa, pero sigue siendo insignificante. El riesgo relativo (RR) hace desaparecer los denominadores, por lo que perdemos información.

19 octubre 2016, 06:58

Lástima que al periodista no se le pregunte por los enlaces de interés al comienzo del mini debate. Me gustaría saber las de nuestro colega alemán ;-)

19 de octubre de 2016, 13:51 , por gchdkb

Esa es la única queja que puedo hacer sobre este espectáculo. El médico alemán "proestatinas" tiene, en mi opinión, demasiados vínculos con la industria farmacéutica. Escribe "Ulrich Laufs Pfizer" en la barra de búsqueda de Google. El resultado es edificante y la página <https://correctiv.org/recherchen/euros-fuer-aerzte/artikel/2016/07/17/warum-aerzte-schweigen/> [https://correctiv.org/recherchen/euros-fuer-aerzte/artikel/2016/07/17/warum-aerzte-schweigen/] no deja lugar a dudas. Y es este señor quien ataca por debajo del cinturón al final del debate para afirmar en una paráfrasis que el Dr. de Lorgeril primero busca vender sus libros.

20 de octubre de 2016, 23:23 , por ARTE

aquí encontrará las declaraciones de conflictos de interés de los dos participantes en el debate ARTE:

<http://future.arte.tv/fr/colesterol-debat-de-cardiologues> [http://future.arte.tv/fr/cholesterol-debat-de-cardiologues]

21 de octubre de 2016, 11:25 , por Dr. Dominique Dupagne

Gracias y enhorabuena por publicar estos enlaces de interés. Lo lamentable es no haberlos exhibido en subtítulos en scroll mientras este médico de múltiples sombreros reafirmaba, sin pestañear en la voz, las falsedades que Anne Georget tardó un año en desmontar.

Creo que esto merece una investigación interna en su canal: ¿cómo podría invitar a su set a un orador lleno de conflictos de intereses? Me sentí como si estuviera retrocediendo 10 años. Hay un verdadero problema de ética periodística (y paso el comportamiento del presentador...). Dicho esto, no se preocupen, los 5 lo habían hecho peor...

29 de noviembre de 2017, 18:23, por Stainless

y además la traducción de los comentarios del "gran experto alemán" dejaba traslucir los comentarios despectivos y escandalosos, incluso insultantes con respecto al doctor Michel de Lorgeril. Escucho suficientemente el lenguaje de "Goethe" muy cerca de "Platt" o del "Francique" Lorrain o Alsatian para traducir palabras que afirmaban que MdL estaba diciendo tonterías, tonterías, etc. Este triste personaje no citó ni una sola vez un estudio reciente que demuestra los beneficios de las estatinas al proporcionar los estudios en bruto sobre el tema del que necesariamente es consciente dadas sus "múltiples colaboraciones" con la industria farmacéutica. Compadezco al pobre Sarrois de su Hospital Hombourg/Saar donde es jefe del departamento de cardiología.

19 de octubre de 2016, 11:13, por annetin

wow que sorpresa al final en el "comentario" del informe
 aun mas dificultades para saber que hacer... y aun mas gente que va a comprar arroz de levadura roja...
 En fin el debate esteril al final muestra dos radicalidades... sin darse cuenta de que el cardiólogo alemán y M de Logeril no hablan de lo mismo... el primero está convencido de que bajar el colesterol mejora la vida de todos mientras que el francés piensa lo contrario. Lo edificante es que a diario en Francia, el que se comprobará si prescribe CRESTOR es el médico de cabecera y el que puede estar preocupado si no renueva el CRESTOR prescrito por el cardiólogo es el médico de cabecera
 Resultado .. pronto no habrá más médicos de cabecera en París y Francia
 y, sin embargo, la única sabiduría en este programa está en la entrevista del médico de cabecera alemán o francés ...
 Y mientras tanto, todos los días, las personas de 90 años se ponen estatinaspara la prevención...

21 de octubre de 2016 a las 11:05, por Gaelle

niños de 8 años también...

21 de octubre de 2016 a las 11:04, por Gaelle

Gracias

Tengo colesterol familiar que le pasé a mis hijas

Las siguen en las saltpêtrières donde hace un año el maestro quería ponerlas en estatinas ... Me negué porque de una manera pequeña me dijeron Hace mucho que se dice que estas ¡las estatinas van en contra de lo que he visto en mis padres y abuelos con colesterol alto y con buena salud toda su vida!

Así que gracias por encender mis luces

Gaelle

21 de octubre de 2016, 11:28, por Dra. Dominique Dupagne

Hola

Lo que dices parece asombroso: ¿quieres decir que hay antecedentes familiares de colesterol alto en tu familia, pero sin eventos cardiovasculares tempranos? ¿Sus hijas son seguidas por qué enfermedad?

21 de octubre de 2016, 12:28 , por Raybaud Hugues

Hola Dominique,

tengo la "íntima convicción" de que los beneficios de las estatinas no están en bajar el colesterol... sobre todo cuando ves el beneficio en la prevención secundaria sea cual sea el nivel de colesterol. Para ser comparado con infartos

arteriales sin colesterol.

Por favor mire

http://www.esculape.com/medicament/statines_cancer_2005.html

[http://www.esculape.com/medicament/statines_cancer_2005.html]

http://www.esculape.com/medicament/statine_eifavorables.html

[http://www.esculape.com/medicament/statine_eifavorables.html]

es decir intervendrían por ejemplo en la cancerización metabólica

23 de octubre de 2016, 14:09 , por Dr. Dominique Dupagne

Hola Hughes,

Estamos de acuerdo. Pero no con Lorigeril: <http://michel.delorigeril.info/prevention-des-Maladies-Cardiovasculaires/prevention-primaire-et-secondaire-kesako/comment-page-1#comment-27615>

[<http://michel.delorigeril.info/prevention-des-maladies-cardiovasculaires/prevention-primaire-et-secondaire-kesako/comment-page-1#comment-27615>]

13 de enero de 2017, 15:45 , por Justjuste

Aprovecho este foro para preguntaros que os parece mi estúpida precisión de químico:

Pequeña precisión olvidada en mi mensaje del foro del 12 de enero de 2017. Quién puede explicar cómo un producto insoluble en la sangre, que circula a gran velocidad y fuerza en las arterias, podría "depositarse" en una pared a razón de 2,5g/l por ejemplo (o incluso 2,0) y no a razón de 1,8 g/l: ¡ridículo! 700 miligramos por litro de diferencia!! unas 20 gotas de aceite en 1 litro! (o incluso 7 gotas) y todo eso circula rápido y fuerte...

16 de enero de 2017, 10:50 , por Dr. Dominique Dupagne

Eso es porque no eres bioquímico ;-). El colesterol está asociado con proteínas transportadoras solubles en agua.

17 de enero de 2017, 23:24 , por Justecuste

Entonces, si es soluble, confirma totalmente mi tesis, la diferencia se convierte en 10 gotas de miel (por ejemplo) en un litro de líquido que circula con fuerza.

25 de mayo de 2017 a las 17:13 , por Moumouth

muy buen punto! Lo tienen todo mal, por supuesto que no funciona de esa manera, pero la explicación es demasiado larga para desarrollarla aquí.

29 de noviembre de 2017, 19:20 , por inoxidable

Le doy un segundo comentario Dr. Dupagne sobre el enlace que indicó con su comentario explicativo (???) sobre los efectos de las estatinas en la prevención secundaria. Insto a los lectores interesados en su publicación a leer también la respuesta del Dr. MdL;

Tenga en cuenta que no soy médico ni científico y mis palabras pueden ser solo una pipeta, pero finalmente, seriamente intoxicado por estatinas durante 10 años, sufrí TODOS los efectos secundarios abominables (con la excepción del cáncer... finalmente creo, si está ahí, todavía no ha aparecido) sin efecto positivo en mi enfermedad coronaria. Eliminar este e incluso estos medicamentos durante 5 años me ha devuelto la vida y a los 69 1/2, gracias a la Dieta Mediterránea y al ejercicio, pude recuperar casi toda mi salud y fuerza (créanme en mi palabra que soy lo que comúnmente se llama una "fuerza de la naturaleza) pero, por desgracia, algunos (la diabetes, por ejemplo) nunca desaparecerán. Así que les hago una pregunta: ustedes que están convencidos de que las estatinas todavía tienen un efecto sobre las enfermedades del corazón, a pesar de la disminución del Colesterol, no lo explican y dicen que nadie por que funciona (lo que no está probado en absoluto)! Entonces es magia? No lo explicamos, así que no entiendo la implacabilidad de los que critican la homeopatía... No sabemos, no entendemos, pero funciona (no para todo, por supuesto).

Yo creo especialmente que lo que te da vergüenza y te molesta es que no puedes negar años de vagabundeo médico o admitir que te han engañado y sigues escuchando las sirenas...; Ulises se ató y se tapó los oídos para no sucumbir. Una última cosa: te encuentro, si me permites decirlo, honesto y ciertamente benévolo, así te vi anoche y docu: has cambiado y crecido mucho (esto no es un ataque ad hominem), cuidado y aplicate los principios de la dieta mediterranea... y sobre todo nada de estatinas, te hace perder fuerzas y engorda, yo se algo al respecto. Gracias por tener la paciencia de leerme. PD Nunca he tenido colesterol.

30 noviembre 2017, 07:22 , por Dr. Dominique Dupagne

Hola,

critiqué la hipótesis de los lípidos y las estatinas (entonces llamados inhibidores de la HMG coA reductasa) ya en 1992

<http://www.atoute.org/images/2013/QUE%20CHOISIR%20SANTÉ%20N16%20FEVRIER%2092%20CHOLESTEROL%20DUPAGNE.pdf>

[<http://www.atoute.org/images/2013/QUE%20CHOISIR%20SANTÉ%20N16%20FEVRIER%2092%20CHOLESTEROL%20DUPAGNE.pdf>] Estás en el blanco equivocado. Siempre he recetado muy, muy poco de ellos y dedico mi tiempo a convencer a muchos pacientes en prevención primaria para que los dejen.

21 de octubre de 2016, 15:14 , por Raybaud Hugues

PD: En esculape desde 2002

Si te contaran el colesterol...

El colesterol es probablemente una de las neurosis médicas más difundidas en el mundo de los ricos... muy poquísimo en los países pobres

http://www.esculape.com/cqfd/colesterol_nevrose.html [http://www.esculape.com/cqfd/colesterol_nevrose.html]

25 de mayo de 2017, 17:18 , por Moumouth

No soy médico, por suerte para mí, así que este es mi consejo:

Deje la comida chatarra, el tabaco y el alcohol y haga un poco más de ejercicio y verá que su colesterol baja por sí solo... Si no lo hace No me creas, solo pruébalo y verás.

21 de octubre de 2016, 23:48 , por Moli

Escuché su columna sobre France Inter y vi el documental. Después de una larga reflexión y de haber visto a varios especialistas, aceptamos que nuestro hijo de 12 años fuera tratado con estatinas por hipercolesterolemia familiar (+antecedentes de infarto precoz en la familia). Toda esta información me hace dudar aunque tenga confianza en los médicos que siguen a mi chico. Me parece que el informe no habla de estos casos. En su opinión,

¿es esto igualmente discutible o se trata de casos diferentes que, por lo tanto, realmente requieren tratamiento? Qué opinas ? En cualquier caso, me pregunto qué me responderán los médicos cuando les hable de este documental que parece muy bien hecho...

23 de octubre de 2016, 14:05 , por Dr. Dominique Dupagne

Hola

, confirmo que el informe no concierne a su familia. La hipercolesterolemia familiar asociada a infartos precoces es una enfermedad particular que requiere cuidados especiales. Continúe confiando en los médicos que siguen a su hijo.

23 de octubre de 2016, 14:20 , por Siary

La hipercolesterolemia familiar monogénica es autosómica dominante en la mayoría de los casos y afecta a 1 de cada 500 personas. Se debe principalmente a una mutación del receptor del colesterol LDL. Según el asiento de la mutación en el curso de la síntesis de este receptor, el riesgo de infarto varía considerablemente: algunos pacientes tienen apenas un 20% de receptores funcionales, otros mucho más. Las estatinas han demostrado su eficacia preventiva en pacientes con . Un estudio realizado en los Países Bajos mostró que estos pacientes tratados con estatinas tenían una tasa de accidentes coronarios comparable a la población libre de esta mutación, en igualdad de condiciones (esto se denomina análisis multivariante).

Tenga en cuenta que el caso de estos pacientes no ha sido discutido en este programa

24 de octubre de 2016, 21:34 , por Moli

Sí, de hecho, hicimos un análisis de ADN y mostró una mutación genética anormal. Gracias por sus respuestas !

13 de enero de 2017, 15:34 , por Justjuste

Si, totalmente de acuerdo contigo DD.

Confirmo que de 7.000.000 de franceses que toman estatinas, 6.990.000 lo toman sin motivo alguno, excepto por efectos secundarios musculares, tendinosos, nerviosos, ... Alzheimer, ... Aprovecho esta oportunidad para dar el enlace a un sitio 5 estrellas de una estatina . víctima que ha trabajado mucho y da todas sus fuentes:

<https://www.colesterol-statine.fr/index.html> [https://www.cholesterol-statine.fr/index.html]

Y hay un enlace que denuncia (¿pero sigue siendo necesario?) el estudio de Júpiter:

<http://cholesterol-verite.blogspot.fr/2013/04/letude-jupiter-une-arnaque-scientifique.html>
[http://cholesterol-verite.blogspot.fr/2013/04/letude-jupiter-une-arnaque-scientifique.html]

16 de agosto de 2018, 16:02 , por gg

Hola Moli,

Bouteille à la mer: ¿Hay alguna forma de contactarte?

ja.de.4@laposte.net

Me encuentro en la misma situación que tú en 2016, y busco conocer padres que se enfrenten a este caso...

Saludos

23 de octubre de 2016, 17:16 , por Jabeau

Felicidades a todos por rehabilitar el colesterol.

Aquí hay una hipótesis que me parece que explica el (escaso) interés de las estatinas en la frecuencia de eventos cardíacos en los estudios.

- a) los infartos se producen en caso de déficit de oxígeno en el músculo cardíaco (demanda de O² superior a la oferta).
- b) las mitocondrias proporcionan energía al consumir oxígeno.
- c) las mitocondrias necesitan ubiquinol (también conocido como Co Q10) para funcionar.
- d) las estatinas disminuyen drásticamente la tasa de coenzima Q 10.

Por lo tanto, bajo las estatinas, el consumo de oxígeno disminuye en el corazón,

por lo que la frecuencia de los ataques cardíacos disminuye un poco.

El interés de esta explicación es que captura la fatiga y el dolor muscular que experimentan los usuarios de estatinas.

24 octubre 2016, 10:26

¿Por qué quiere encontrar incluso un escaso interés en las estatinas?

A continuación se muestra un gráfico que muestra la evolución de los estudios antes de 2004 y después de 2004 (fecha de la nueva normativa penal sobre estudios de medicina). Las flechas representan el cambio en las tasas de accidentes cerebrovasculares entre los grupos de estatinas y placebo.

Antes de 2004, las estatinas funcionaban muy bien.

Después de 2004, ningún estudio logra destacar el más mínimo efecto positivo estadísticamente significativo.

<http://hpics.li/7d5ace3> [<http://hpics.li/7d5ace3>]

2 de noviembre de 2016, 23:17 , por Flora

Es tan bueno que podremos poner mucha mantequilla en los sándwiches.

13 de enero de 2017, 10:22 , por Justecuste

Es ironía, espero. No "lleno de mantequilla" solo "mantequilla" qué, normal ... ¡

Usted sabe que hay personas que se ponen LLENA de la llamada margarina anticolesterol, tomándola como medicina! es grave !

7 de diciembre de 2016, 19:05 , por Jojo

Obviamente, a ti y a tus camaradas les encanta mostrar sus rostros en la televisión y en los medios. Tengo tanto cuidado con las estatinas como con los megalómanos.

20 de abril de 2017, 08:08 , por Dr. Dominique Dupagne

¡Pero cómo te entiendo!

; -)

13 de enero de 2017, 10:19 , por Justecuste

Acabo de escribir (12/01/2017) extensamente en el foro drogas, enfermedades, colesterol.

Esta historia de prevención secundaria no se sostiene. Para la industria farmacéutica, tenemos que encontrar un rescate para las estatinas que tienen plomo en el ala.

Ciertamente, los resultados de los ensayos clínicos se han vuelto a manipular, quizás al principio, pero sobre todo matemáticamente después. Cálculos en "riesgo relativo" cálculos sesgados, manipulados, falsamente extrapolados...

Y aunque hubiera un pequeño resultado positivo en prevención secundaria (que creo que es falso) probablemente no sea bajando el colesterol, por lo que tomar una estatina sigue siendo malo .

Una pequeña precisión olvidada en mi mensaje del foro del 12 de enero de 2017. ¿Quién puede explicar cómo un producto insoluble en la sangre, que circula a gran velocidad y fuerza en las arterias, podría "depositarse" en una pared a razón de 2,5 g / l por ejemplo y no a razón de 1,8 g/l: ¡ridículo! 700 miligramos por litro de diferencia!! unas 20 gotas de aceite en 1 litro! y todo fluye rápido y fuerte...

16 de enero de 2017, 10:48 , por Dr. Dominique Dupagne

Hola

La eficacia de las estatinas en prevención secundaria, si existe, no se debe a la bajada de los niveles de colesterol LDL en sangre, sino a otro efecto desconocido.

28 de noviembre de 2017, 18:43 , por herve-02

sería como se describe un poco más arriba, 23 de octubre de 2016 5:16 p. m., por Jabeau

¿Una reducción significativa del consumo de oxígeno por parte de los músculos y por tanto una reducción de los accidentes?

Si ese fuera el caso, la filosofía de las estatinas sería como cortar los senos de todas las mujeres para extirpar el cáncer.

¿No podemos pensar que la elección de Arte de invitarte a ti en lugar de a De Lorgeil es que todavía crees en los beneficios secundarios y, por lo tanto, que no estás secando el mercado, mientras que él no cree en él en absoluto?

No entendí todo sobre la esperanza³, pero ¿es verdad que una etnia no se quedó el mismo tiempo que las demás? es cierto que unos se quedaron 5 años y otros 7 años? Desde este punto de vista, si es lo que entendí, NO podemos hacer un estudio global, hay 2 subgrupos, los de 5 años y los de 7 años, entonces hay que presentar cada uno individualmente.

Si en los grupos de 5 años hay beneficio y en los de 7 años hay beneficio, sí... de lo contrario solo puede ser estadísticamente falso. Sería como hacer una media sin tener en cuenta los coeficientes: sigue siendo una media, pero es falsa.

28 de noviembre de 2017, 19:00 , por Dr. Dominique Dupagne

hola,

ARTE quería evitar un remake del debate del año pasado, que fue patético (por Laufs y no por MdL).

Me ofrecieron hace un mes venir a Estrasburgo, frente a un estatínófilo. Dije que no tenía tiempo de ir a Estrasburgo, y que de todos modos sería lo mismo: uno dice que la tierra es plana, el otro que es redonda, y es imposible decidirse entre ellos. en el aire, pero en París hubiera aceptado. Sugerí que encontrarán un cardiólogo "medido" en Estrasburgo capaz de expresar el punto de vista de todos (en el contexto de una entrevista en solitario) y en particular el que falta en el documental, a saber, que efectivamente las estatinas podrían actuar en prevención secundaria al un mecanismo desconocido. ARTE ha sido fuertemente criticado por este sesgo.

No pudieron encontrar un cardiólogo "medido" que aceptara ser filmado, por lo que vinieron a filmar la entrevista en París en mi oficina.

Las críticas al estudio Hope3 que relatas son infundadas. Lo que no es válido es precisamente hacer subgrupos a posteriori.

Dígame qué le ha parecido mi intervención.

28 de noviembre de 2017, 20:57, por herve-02

sin querer parecer terco, si en un experimento hay 2 duraciones de inclusión, los subgrupos se construyen a priori y no a posteriori.

Sería como probar el equilibrio de monedas y lanzar una moneda de 1 euro 100.000 veces y una moneda de 2 euros 2.000 veces y luego discutir LAS monedas. Es como mezclar un estudio sobre un producto A diferente pero equivalente y un producto B y juzgar en general, ciertos puntos de A pueden contrarrestar los de B y viceversa. Sería mala ciencia o estudiar zanahorias y coles para hablar de verduras. Si tenemos 2 grupos heterogéneos (en formación, en duración) no podemos mezclar los 2 grupos, o todos se quedaron 5 años, o todos se quedaron 7 años.

Incluso podemos ir más allá, si encontramos una ventaja en un tratamiento, la ventaja debe ser lineal en todas las duraciones. Si miramos 1 año, 2 años, 3 años... debe haber la misma ventaja, del mismo lado. si hay un quiebre en la ventaja, por ejemplo solo en 6 y 7 años, y no antes, hay que mirar solo a los que están incluidos en los 6 y 7 años y apartar TODOS los que se quedaron menos tiempo.

Si efectivamente el grupo 'asiático' (que sería menos sujeto ??? ¿ciencia o no?) no es idéntico en número y duración al otro, es malo desde el principio.

No es necesario volver a hacer el estudio, simplemente deje de contar a los 5 años para todos.

Imaginemos un estudio sobre el infarto y el tabaco y hagamos un estudio sobre 100.000 personas, 80.000 jóvenes menores de 25 años, 10.000 entre 25 y 50 y 10.000 mayores de 50 años, sacados al azar, ¿sería válido el estudio? Para llegar a tal sorteo, bastaría con realizar sorteos aleatorios en campus universitarios. y las leyes de las estadísticas se respetarían porque realmente al azar... o no.

Te encuentro muy didáctico y muy accesible... Solo voy por la mitad del programa.

28 de noviembre de 2017, 22:16, por herve-02

Acabo de ver todo. me recuerda (soy muy malhumorado) a la mafia de la vacunación.

Los mismos resortes, los mismos mecanismos para aislar a los oponentes, las mismas partes involucradas: fabricantes muy grandes con enormes recursos contra laboratorios independientes que tienen que trabajar con 3 francos 6 sous, la misma negativa a tener en cuenta los efectos secundarios, las mismas técnicas de inundación. las publicaciones con estudios piloto irreproducibles para ahogar a los rebeldes, de ordenar las estadísticas para hacer aparecer/desaparecer las señales, la misma infiltración de asociaciones y políticas.

La misma técnica de usar criterios secundarios (colesterol tx o anticuerpos tx), el mismo deslizamiento hacia otras enfermedades (septiembre, asma, cáncer?), tuve la impresión de mirar una especie de realidad paralela, una especie de sobreimpresión.

Y luego todos saltarán sobre mi abrigo explicando que los laboratorios ya NO son así. No, es verdad, creo que son peores porque tienen aún más recursos.

29 de noviembre de 2017, 17:50, por JMR Le Chat

la efectividad es totalmente INEXISTENTE, cero, nada nib de nib, pero hablar de estudios tan falsos y negativos como HOP3 u otros es verdaderamente trágico.

Las estatinas son inútiles porque bajar el colesterol es inútil.

Y son tóxicos.

La teoría del colesterol es la mayor manipulación médica de los últimos cincuenta años, pero genera \$45 mil millones al año para BIG PHARMA.

Hace años que no me recetan estatinas sin haber tenido el más mínimo problema. Habiendo trabajado durante cuarenta años en cardiología, te puedo decir que los infartos son totalmente independientes de los niveles de colesterol, tanto el primero como las recurrencias.

30 de noviembre de 2017, 22:20, por Jabeau

Gracias, Hervé, por leer mi comentario del año pasado. Desde entonces tengo información que va en la dirección de la protección "anti-deuda de oxígeno" del miocardio por las estatinas que "restringen" la función muscular (probablemente por la reducción de Co enz Q); se descubrió que el efecto cardioprotector de los betabloqueantes (menos síndrome coronario agudo) desaparecía en pacientes con estatinas...

14 de enero de 2017, 01:50, por Graphist

<http://www.atoute.org/n/article348.html> (<http://www.atoute.org/n/article348.html>) El gran engaño del colesterol

Hola doctor Dupagne, podría colocar la imagen en la parte superior del artículo (sobre la distribución de las enfermedades del corazón en Europa) una imagen más grande, porque la imagen actual no permite leer algunas cifras (pero reconozco que hace un buen trabajo como codificador, ya que está poniendo una imagen recortada al tamaño correcto, y no una imagen redimensionada en la última línea de código).

El actual es de 590px × 522px, incluso con "inflar" la imagen, la Tasa por 100,000 cifras es incierta. Una imagen original de 1500x1329 estaría bien, probablemente existente, ya que veo que el título que le diste a esta imagen termina en2-ff4bd.jpg, lo que sugiere unhd.jpg

Gracias de antemano, JMP.

16 de enero de 2017, 10:47, por Dr. Dominique Dupagne

Hola,

Tienes las cifras por país en la columna de la derecha. Técnicamente no es fácil con mi herramienta de publicación poner una imagen más grande, pero lo intentaré.

20 de abril de 2017, 08:06 , por Dr. Dominique Dupagne

Aquí hay una tabla más legible, es el título detallado de la imagen del artículo: <https://goo.gl/qplmkc>
[<https://goo.gl/qplmkc>]

30 noviembre 2017, 05:48 , por Bibendum

Colesterol bien. Las estatinas son peligrosas ok. El azúcar es la verdadera causa de pbs cardiovasculares ok. Y no estoy tratando de humillarte o tirarte piedras, pero cuando veo tu foto en el sitio web de France inter... ¿y la obesidad en todo eso?

Bueno, mi opinión es que los ataques cardíacos están relacionados con la resistencia a la insulina inducida por el consumo excesivo de azúcar, que a su vez está relacionado con la obesidad central evidente en la foto.

30 noviembre 2017, 07:30 , por Dr. Dominique Dupagne

Hola\$

Para el azúcar, tenemos la misma opinión, que expresé durante la entrevista.

Ser médico o periodista no significa ser modelo. Soy obeso (128 kg por 1,85 cm) pero hago bicicleta una hora al día y trato de correr lo más a menudo posible, pero mi peso es una desventaja para correr. Fumé dos paquetes de cigarrillos al día durante 25 años y gané 40 kg dejando de fumar a los 44.

30 noviembre 2017, 10:06 , por Bibendum

Es mejor estar gordo que fumar. Es absolutamente cierto. Felicitaciones por dejar de fumar.

Después de haber estudiado estos temas en profundidad durante los últimos años, iré directamente a mi opinión. Hay dos formas de perder peso: la forma restrictiva y la forma redistributiva.

La primera incluye todas las dietas, esencialmente hipocalóricas de una u otra forma. Solo funciona por un tiempo y conduce a un yo-yo que empeora el problema.

La única forma real a largo plazo es "poner a cero" su insulina durante largos períodos de tiempo. La forma más fácil es el ayuno intermitente (16/8 para mí), especialmente si se combina con una dieta cetogénica. El déficit de insulina permite la movilización de grasas y se derrite literalmente sobre todo en la parte abdominal (mayor riesgo cardiovascular en hombres). Mido hierro fundido por ketostix y circunferencia abdominal.

mido 183cm Llegué a los 95 kg. Ahora peso 78 kg. Funciona muy bien después de unos días de adaptación. 6 meses. Paro de vez en cuando para hacer un reinicio de Leptina.

Buena suerte a usted.

30 de noviembre de 2017 a las 10:10 , por Nathalie

Excelente programa que me hizo tirar mis cajas de pastillas a la basura pero que hacer cuando el medico se demora en recetartelas?

tengo 2.8 de "colesterol malo"

65 kg por 1.73 cm no fumo no haces y practico actividad fisica regular, no tengo antecedentes familiares de problema cardíaco asi que como las estatinas me causaron muchos efectos secundarios me dio dar ezetimibes que

hacer ?

gracias por ayudarme porque me gusta mucho Lena owee

30 noviembre 2017, 10:10 , por Bibendum

<https://m.youtube.com/watch?v=tluj-oMN-Fk> [<https://m.youtube.com/watch?v=tluj-oMN-Fk>]

<https://m.youtube.com/watch?v=lwCRjwDs1Ek> [<https://m.youtube.com/watch?v=lwCRjwDs1Ek>]

estos 2 doctores son los mejores para explicar dr fung y dr berg

30 de noviembre de 2017, 22:14 , por Jabeau

Totalmente de acuerdo ! no hay que olvidar que la función principal de la insulina es detener la lipólisis y estimular la liponeogénesis hepática (jerga que designa la fabricación de foie gras). Con insulina cero, la lipólisis se reanuda espontáneamente y el hígado no se vuelve graso.

4 de junio de 2018, 9:39 a. m. , por Edith Meyer

Buenos días señor,

Gracias por tus columnas.

Admiro tu distanciamiento de las críticas.

Soy una de las personas delgadas que no tienen que hacer un gran esfuerzo para mantenerse así. Pedaleo una hora al día para ir al trabajo y recorrer la ciudad y no tengo un trabajo sedentario.

Mi amigo se mueve igual que yo, come menos que yo y pesa mucho más. No somos iguales ante nuestro peso. Por otro lado, creo que la actividad física es central para todos.

30 de noviembre de 2017, 13:12 , por Elie Arie

Los viejos como yo, a falta de otra cosa, tenemos memoria. La prevención primaria del riesgo cardiovascular mediante la ingesta diaria de una dosis baja de aspirina está demostrada desde hace mucho tiempo, y he conocido la época en que muchos cardios lo tomaron (aunque no todos lo recetaron...), a pesar del riesgo hemorrágico... Y luego, poco a poco "pasó de moda", sin que ningún estudio llegara a desmentir este dato, que yo sepa...

3 de diciembre de 2017, 17:41 , por Isabelle

Buenas noches

El 90% de los médicos admite haber prescrito ya procedimientos médicos injustificados.

Nadie los está obligando a hacerlo. Qué vergüenza !

Ya es hora de que el 90% se una al 10%. Quiénes son los verdaderos médicos. A menudo tratamos con charlatanes, nombres de pájaros, aquellos que piensan fuera de la caja, mientras obtienen resultados más que positivos.

¿Cómo nombrar a los médicos que añaden medicamentos a medicamentos inútiles, dados los efectos secundarios que esto puede generar?

^^

3 de diciembre de 2017, 17:45 , por Isabelle

Para refrescar recuerdos.

Los infiltrados: en el corazón de los laboratorios farmacéuticos

Documental emitido el 22 de febrero de 2013 en France 2.

15 de diciembre de 2017, 22:07 , por Sacha

El mapa europeo de la tasa de infarto por cada 100.000 habitantes es increíble: ¿realmente no tenemos idea de los factores que crean estas diferencias?

Colesterol

16 diciembre 2017, 01:02 , por Dr. Dominique Dupagne

Hola,

Tenemos hipótesis sin certeza

- ▶ Consumo moderado y regular de vino
- ▶ Alto consumo de queso (campeones del mundo)
- ▶ Bajo consumo de leche por parte de los adultos
- ▶ Poca o ninguna gaseosa en la mesa
- ▶ Comidas caseras Ajo Aceite
- ▶ de oliva nueces Poco sobrepeso Comidas estructuradas con entrante, principal curso Consumo significativo de frutas y verduras



7 de marzo de 2018, 11:17 , por helicobacter

No tienes cifras sobre el número de infartos en Bélgica... lástima y sobre todo por qué???

8 de marzo de 2018, 08:01 , por Dra. Dominique Dupagne

Hola

Porque los autores del estudio no pudieron obtener datos fiables sobre Bélgica. A priori, el riesgo es equivalente al del extremo norte de Francia y Holanda.

22 de marzo de 2018, 13:36 , por Clotilde

Hola,

leo los pocos intercambios en este foro en torno al caso concreto de hipercolesterolemia familiar de origen genético, con mutación del receptor de LDL. Ciertamente estos casos no son la mayoría pero siguen afectando a un número importante de familias... incluida la mía.

En este caso concreto en el que, en el estado actual de la investigación, debemos tomar estatinas en prevención primaria de por vida, ¿podemos considerar que, para reducir el riesgo de accidentes cardiovasculares, todas las estatinas son iguales?

¿Se debe elegir la molécula "más fuerte" para reducir al máximo el LDL (ya sea, para muchos especialistas, Crestor, asociado a Ezetrol) o se puede favorecer una molécula mejor evaluada en términos de mortalidad y accidentes cardiovasculares, como como pravastatina o simvastatina?

Es posible que estas moléculas más antiguas no sean tan efectivas o perfectas para mantener los niveles de LDL por debajo del umbral objetivo, pero ¿podrían ser, también en el caso de IC bastante grave, igual de efectivas, si

no más, en términos de morbilidad y mortalidad? con menos efectos secundarios...

Este último punto no es despreciable cuando llevas más de 25 años tomando estatinas, como yo, y empiezas a sentir cada vez con mayor intensidad muchos efectos indeseables asociados, sobre todo musculares, con la CPK al alza, y digestivos también, con la necesidad de tomar otros medicamentos que seguramente son igual de dañinos a largo plazo (en mi caso IBP por varios años).

Declaro que soy seguidor de la dieta mediterránea y practico actividad física regular.

Cabe señalar que mis referencias sobre la evaluación de las diferentes moléculas de estatina provienen de publicaciones de la Revue Prescrire, de 2013 y 2016, disponibles en Internet.

Cuestión subsidiaria: ¿es posiblemente más fácil encontrar un endocrinólogo especializado en IC, abierto a este tipo de cuestionamientos, que un cardiólogo, a priori más restringido en sus prescripciones? Si es así, ¿alguien tiene una o algunas recomendaciones sugeridas?

¡Muchas gracias por cualquier respuesta que pueda arrojar luz sobre nuestro pensamiento familiar!

29 de julio de 2018, 09:36, por nfbk

¿No hay pistas de tratamiento interesantes con los inhibidores de PCSK-9? Que ver con los doctores que te siguen

23 de diciembre de 2018, 14:46, por Dominique Dupagne

La Tête au Carré, el programa científico de France-Inter donde escribo una columna los martes, recibió a Alain Tedgui el 20 de diciembre de 2018:

<https://www.franceinter.fr/emissions/la-tete-au-carre/la-tete-au-carre-20-decembre-2018>

[<https://www.franceinter.fr/emissions/la-tete-au-carre/la-tete-au-carre-20-decembre-2018>] con motivo del Gran Premio INSERM 2018 que acaba de recibir.

En esta ocasión, hizo declaraciones apoyando el papel del colesterol en la aterosclerosis. Me pidieron mi punto de vista aquí.

En primer lugar, debo reconocer que me hizo descubrir un elemento histórico muy interesante: la hipótesis de los lípidos, es decir, el papel de las grasas de la dieta en la obstrucción de las arterias, se sospechó en 1913 porque los conejos alimentados con grasas animales elevaban su colesterol y sufrían de la aterosclerosis y sus complicaciones. Preciso que las grasas animales no forman parte de la dieta natural del conejo. Pero los investigadores no fueron más lejos porque nunca habían podido observar tal fenómeno en gatos, perros u otros mamíferos carnívoros (les recuerdo que el hombre es históricamente carnívoro). ¡Para lograr infartos en animales, era necesario modificar el metabolismo de los perros o crear ratones transgénicos! Cavé un poco gracias a una tesis veterinaria muy documentada, incluso en primates cercanos a nosotros [http://www2.vetagro-sup.fr/bib/fondoc/th_sout/dl.php?file=2013lyon109.pdf], es muy difícil reproducir la aterosclerosis humana con una dieta rica en grasas. Se observan lesiones, pero pocas o ninguna complicación. Sería interesante buscar estudios donde se enriqueciera la dieta con azúcares. El papel deletéreo del sedentarismo parece jugar un papel esencial.

Luego afirma que no hay controversia sobre el vínculo causal entre las grasas dietéticas animales y la aterosclerosis. Sin embargo, no sólo la hay, sino que está sólidamente fundamentada: epidemiología con poca aportación aparte de los estudios sesgados de Keys, pero sobre todo anomalías significativas como la de los esquimales o los masai, que tienen o tuvieron una de las dietas más ricas en materia animal. grasas y en quienes la aterosclerosis es una rareza.

Luego afirma que el nivel de evidencia de la efectividad de las estatinas es excepcional. Esto es así en prevención secundaria, pero no en prevención primaria, en el tratamiento de la hipercolesterolemia aislada, como reconoce más tarde: “ *En ausencia de un factor de riesgo asociado, de nada sirve tratar el colesterol* ”. Even y De Lorgeril continúan negando el interés de las estatinas en la prevención secundaria y de hecho ¡solo hay dos! Pero en prevención primaria queda por demostrar la utilidad de las estatinas.

No lo atacaré por sus vínculos de interés, sino por los del INSERM, que vive en gran medida de las sociedades industriales, habiendo contribuido notablemente a la construcción del PARCC donde trabaja. Alain Tedgui es biólogo, matemático y físico, pero no médico, ya fuerza de bañarse en colesterol, ratones transgénicos y aterosclerosis, uno puede tener una visión algo borrosa de las cuestiones humanas.

La realidad es siempre la misma:

- ▶ el colesterol en sangre no es un buen marcador de riesgo cardiovascular. Todavía tenemos mucho que entender acerca de los lípidos. El marcador menos malo es el nivel de HDL: cuanto más alto es, menor es el riesgo. Nadie ha encontrado nunca una correlación entre los niveles de colesterol y el accidente cerebrovascular isquémico, sin embargo, debido a la aterosclerosis.
- ▶ Las estatinas son efectivas solo en sujetos en riesgo por razones distintas a su nivel de colesterol.
- ▶ El consumo de grasas animales juega un papel menor, si es que lo tiene, en la aterosclerosis en comparación con un estilo de vida sedentario y el consumo de azúcar, sin mencionar el tabaco. El consumo de fiambres españoles, franceses o italianos está asociado con una de las tasas de infarto más bajas del mundo.

2 de enero de 2019, 00:08 , por sksbir

hola

El informe y esta página son muy brillantes.

¿Por qué seguimos encontrando esto en la red? <https://www.medisite.fr/colesterol-et-nutrition-fetes-de-fin-dannee-les-taux-de-cholesterol-peuvent-exploser-de-20.5495172.4360.html?v=amp>

[<https://www.medisite.fr/cholesterol-et-nutrition-fetes-de-fin-dannee-les-taux-de-cholesterol-peuvent-exploser-de-20.5495172.4360.html?v=amp>]

2 de enero de 2019, 08:28 , por Dominique Dupagne

Porque la fobia al colesterol sigue muy anclada. Se ha beneficiado de 40 años de promoción y lavado de cerebro de médicos con presupuestos colosales.

2 de enero de 2019, 18:11 , por sksbir

@Dominique Dupagne: de hecho, podemos hablar de lavado de cerebro.

De lo contrario, aquí está el VERDADERO factor de riesgo cardiovascular: <https://youtu.be/OPsrPkiwyps>

[<https://youtu.be/OPsrPkiwyps>]

8 de enero de 2019, 20:31 , por JENNY

Hablas de prevención secundaria para personas que han sufrido un infarto. Que tal cuando hicimos un AIT que es mi caso hace 6 meses a los 62 años. Entonces los médicos me recetaron estatinas. Hasta este AIT, siempre había logrado evitar las estatinas, aunque mi médico había tratado varias veces de prescribirme algunas porque mi nivel de colesterol estaba ligeramente por encima de la norma.

Presto atención a mi dieta, poca azúcar, mucha verdura. Camino regularmente, no fumo, no tengo sobrepeso y los exámenes no revelaron nada anormal. Yo no era a priori candidata a la AIT salvo quizás por antecedentes familiares, mi madre falleció a raíz de un ACV y había realizado varias AIT antes pero a una edad más avanzada.

Las opiniones muy divididas que escuchamos sobre las estatinas son motivo de preocupación. A pesar de la AIT, ¿es relevante que tome estatinas?

gracias por regresar

9 de enero de 2019, 07:45 , por Dominique Dupagne

Hola,

De hecho, depende de tus otros factores de riesgo (tabaco, diabetes, hipertensión, obesidad abdominal, herencia...)

9 enero 2019 12:21

@Dominique Dupagne

Solo tengo la herencia como factor de riesgo. Estaba tomando un tratamiento ligero contra la hipertensión que se suspendió porque extrañamente desde la AIT mi presión arterial es normal.

26 mayo 2019, 10:49 , por Olivier

Buenos días

Como no tengo formación en el campo biomédico ni soy estadístico, rara vez leo artículos en revistas científicas y prefiero consultar sitios de renombre como Science-Based Medicine, Pseudo-Sciences.org, Medical and Scientific Writing, etc. quienes son infinitamente más competentes que yo para analizarlos y, con suerte, menos propensos al sesgo de confirmación que yo.

En el caso del consenso científico, naturalmente convergen las conclusiones de estos sitios. En este caso, acababa de consultar los 3 sitios citados anteriormente sobre la controversia de las estatinas. En SBM [<https://sciencebasedmedicine.org/new-study-finds-that-statins-prevent-cardiovascular-deaths/>] , Steven Novella analiza la última metarevisión sobre estatinas publicada hace un año. Recuerda que la mejor prevención de los riesgos cardiovasculares es no engordar, hacer ejercicio y no fumar, pero como muchas veces es difícil conseguirlo, el mejor remedio siguen siendo las estatinas. De hecho, con esta última meta-revisión, según él, el nivel de evidencia a favor de las estatinas es tal que ya no podemos considerar que los "anti-estatinas" son escépticos sino más bien negadores.

La Asociación Francesa de Información Científica por su parte comentó sobre el mismo programa que usted y fustigó [<https://www.pseudo-sciences.org/spip.php?article2737>] sus conclusiones sobre las estatinas y sus repercusiones en la salud pública [<https://www.pseudo-sciences.org/spip.php?article2763>] .

Finalmente, quizás de manera más anecdótica, Hervé Maisonneuve comentó un excelente estudio que va en contra de las ideas recibidas: no hay sesgo en los ensayos aleatorizados respaldados por la industria, en comparación con los ensayos no industriales (caso estatinas) [<https://www.redactionmedicale.fr/2014/10/objectif-explorer-le-risque-de-biais-industrie-de-parrainage-dans-un-ensemble-syst%C3%A9matique-identifi%C3%A9e-contr%C3%B4l%C3%A9e-vers.html>]

Además, es a través de su sitio que descubrí el tuyo (y esta maravillosa cita de Aldous Huxley) y me sorprende que seas tan positivo con respecto al informe sobre Arte y que, para ti, la conclusión sobre las estatinas esté abierta a debate. Desde la última meta-revisión del año pasado, ¿su opinión sigue siendo la misma?

26 de mayo de 2019, 11:29 , por Dominique Dupagne

Hola,

las estatinas sí salvan vidas, en sujetos con riesgo múltiple, pero paradójicamente no en sujetos con colesterol alto. Es realmente complicado. <https://www.atoute.org/n/breve85.html>
[<https://www.atoute.org/n/breve85.html>]

28 mayo 2019, 03:45 , por alj

Buenos días,

Tomo atorvastatina desde los 14 años. Ahora tengo 23 años.

Sé que tengo el colesterol alto, pero nunca nadie me hizo una prueba para saber qué tipo de colesterol alto tenía.

¿Qué pedir como examen para averiguarlo?

Gracias a usted.

29 de mayo de 2019, 06:53 , por Dominique Dupagne

Hola

Si ha sido tratado desde la infancia, imagino que sufre de hipercolesterolemia familiar, una enfermedad específica que requiere exámenes especializados: <https://www.em-consulte.com/es/articulo/816212>
[<https://www.em-consulte.com/en/article/816212>]

El documental y el artículo anterior no hablan de esta rara enfermedad, sino del exceso de colesterol "banal" en "todo hombre o mujer".

31 julio 2019, 18:46 , por Manchego

Hola Doctor, ¿

La hipercolesterolemia familiar sería por tanto un factor de alto riesgo cardiovascular?

Si es así, ¿por qué el fenómeno no sería lineal con un menor riesgo de niveles más bajos de colesterol?

Si el colesterol es "inocente", ¿por qué preocuparse por el colesterol alto?

Hay 7 millones de franceses que toman estatinas, si es inútil, incluso peligroso, ¿por qué el HAS no silba el final del juego (generalmente prestan atención a la gestión del gasto sanitario)?

Muy cordialmente.

1 de agosto de 2019, 14:24 , por Dominique Dupagne

Buenos días,

La hiperglucemia (diabetes) es un factor de riesgo cardiovascular comprobado a partir de 1,26 g/l. Sin embargo, el riesgo no es lineal para los niveles de azúcar en la sangre por debajo de 1 g. Hay muchos otros ejemplos de este tipo.

No tienes que preocuparte por el colesterol alto.

Entre estos 7 millones de franceses que toman estatinas, algunos tienen excelentes razones para hacerlo, como es mi caso, con colesterol normal, pero un infarto reciente...

5 de diciembre de 2020, 21:28 , por helen

Buenas noches,

he revisado el debate Laufs/de Lorgeril, he leído y escuchado sus artículos, su blog, releí el HAS pero no encuentro la respuesta a mi pregunta: Mi paciente tiene 50 años, atlético (

3-4h /semana), IMC a los 20, no fumador, sin tt, sin CV personal atcd, balance lipídico normal (HDL 0,64 LDL

1,13), 1 gd dcd padre a los 52 años de una MDI masiva, padre hipertenso con ateroma carotídeo operado

Siguiendo precordialgia (como parte de una fuerte ingesta de triptanos para sus migrañas) vio un cardio en el que tengo total confianza: eco del corazón ok, arterias carótidas ok, pero se encontró ateroma en los 2 femorales y un poco poplíteo => EE hizo: normal

¡Cardio quiere bajar el LDL <0,7 y le ha recetado rosuvastatina!

Puedes decirme porque ??

Gracias de antemano por su posible respuesta y gracias en especial por sus intervenciones tan pertinentes cordialmente

6 de diciembre de 2020, 01:20 , por Dominique Dupagne

Hola

El cardiólogo considera que la DTA paterna y abuelita y el ateroma femoral de la paciente sumados constituyen un factor de riesgo que justifica una estatina (no nos importa su nivel de colesterol). Se puede discutir y no es absurdo.

13 de enero de 2021, 17:08 , por tropel

Hola, soy

nuevo en este foro, acabo de leer casi todo. Totalmente de acuerdo con la mayor parte de su punto de vista, D Dupagne, con respecto a las estatinas. Sin embargo, usted indica en varias ocasiones que en prevención secundaria, y aunque no conocemos el proceso, las estatinas tienen efecto sobre la morbilidad cardiaca y por todas las causas. ¿Esta declaración se basa en los resultados de ensayos clínicos, estudios estadísticos o en un consenso "generalmente aceptado"? Aparte de este consenso, del que desconfío cuando se trata de estatinas, ¿hay una o más fuentes concretas?

Gracias de antemano.

13 de enero de 2021, 17:29 , por Dominique Dupagne

Hola

Si, todos los estudios coinciden en prevención secundaria, es una certeza comprobada a pesar de lo que digan los acérrimos de las antiestatinas.

Incluso tenemos un estudio reciente muy bueno en prevención primaria, no en personas que tienen colesterol, sino en sujetos que tienen un mayor riesgo general de ataque cardíaco:

<https://www.atoute.org/n/breve85.html> [<https://www.atoute.org/n/breve85.html>]

14 de enero de 2021, 12:33 , por tropel

Pero si leo HOPE3, resultado pobre (disminución del 0,2% por año en muertes por todas las causas), casi la mitad de los investigadores con enlaces de interés, extensión del ensayo, etc. Esto no aboga por el interés de esta molécula

. , incluso en prevención secundaria.

¿Hay un solo ensayo convincente? Si es así, ¿cuál? Todo esto, por supuesto, excluyendo la novela "más bajo es el colesterol mejor".

¡Gracias de antemano por señalarme en la dirección correcta!

14 de enero de 2021, 12:44 , por Dominique Dupagne

Una caída del 30% en los accidentes cardiovasculares no es un resultado magro. Estos estudios no pretenden evaluar la mortalidad por todas las causas (se necesitarían otras cifras). Los investigadores, por definición, tienen enlaces de interés ya que trabajan para el estudio.

Si no te convence esto, nada te convencerá.

15 de enero de 2021, 12:34 , por tropel

Hola,

y perdon por insistir pero solo soy un paciente, sin conocimientos medicos, y que busca formarse una opinion solida. Leo lo que encuentro. Por mucho que ahora me queden claras las cosas sobre la jugosa leyenda del colesterol, y sobre la inutilidad de las estatinas y otras PCSK9 en prevención primaria, tanto en prevención secundaria (mi caso), las opiniones no parecen fáciles de decidir.

Con respecto a HOPE3, y entendí que era el único estudio interpretable sobre este tema, evoca un resultado del 30% (que no encontré en los sitios a mi disposición). Pero si leo

https://www.unaformec.org/uploads/Publications/bibliomed/820_HOPE%20.pdf

[https://www.unaformec.org/uploads/Publications/bibliomed/820_HOPE%20.pdf]

estamos hablando de 7 eventos por año (durante 6 años) para 3181 pacientes, o 0,22%. Por supuesto, esta tasa es en valor absoluto, pero para un paciente, ¿no es eso lo que cuenta? Saber que "tomar" estatinas durante 10 años reducirá el riesgo de un evento en un 2% permite tomar la decisión... de no tomar estatinas.

Atentamente

15 de enero de 2021, 13:26 , por Dominique Dupagne

Hola

Tienes razón en insistir, interpreté mal tu insistencia.

Tiene un excelente resumen aquí que cita otros estudios de prevención secundaria, en particular el estudio 4S https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/10458/1/200304_04.pdf

[https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/10458/1/200304_04.pdf]

En todos los estudios de prevención cardiovascular, el valor absoluto de la reducción del riesgo es bajo. Esto está relacionado en gran medida con la corta duración del seguimiento: 10 años, mientras que los accidentes suelen ocurrir 15 o 20 años después del inicio del tratamiento. Entonces, estos son estudios de "intención de tratar", es decir, los sujetos que tomaron la estatina se suman a los que deberían haberla tomado, pero no la tomaron.

Para darle un ejemplo revelador: los estudios sobre el tratamiento de la hipertensión arterial dan resultados equivalentes sobre la reducción del riesgo absoluto de accidente cerebrovascular. Sin embargo, desde que se trató la hipertensión (década de 1960), el número de accidentes cerebrovasculares se ha desplomado en sujetos menores de 70 años.

¿Algún mensaje o comentario?

Para responder a otro comentario, mencione el nombre de su autor precedido por una "@" al comienzo de su mensaje.