FUNDACION HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR

ganando
corazones

Diciembre 2014 n.º 39 **Boletín de la Fundación Hipercolesterolemia Familiar**

En este número...

Hacia una estrategia nacional de la HF 2
El plan de detección de la HF, un gran ahorro para el sistema sanitario 3
Jornada informativa a las autonomías sobre la detección de la HF 4
Castilla y León reclama un plan de detección 4
España, ejemplo a seguir en la Unión Europea 5
Desayuno y merienda saludables, fundamentales para los niños ... 6
Reunión internacional de HF en Niza 7
Jornada para pacientes con HF en Elche 7
Maratón solidaria en Barcelona ... 7

Reunión de la Red Iberoamericana de HF ..... 8 y 9
Una proteína, predictor de la enfermedad cardiovascular 10
Documentos de consenso de la HF en España 10
Nuevos fármacos presentados en el Congreso Europeo de Cardiología 11
Recetas de invierno 12
Cartas de los lectores .....13 y 14
Qué hace la fundación 15

Fundación Hipercolesterolemia Familiar
C/ General Álvarez de Castro, 14, 1.º E
28010 Madrid
Tlfs.: 915042206/915570071 Fax: 915042206
Web: www.colesterolfamiliar.org
e-mail: info@colesterolfamiliar.org
Clasificada como fundación benéfico-asistencial
Orden Ministerial de 28 de octubre de 1997

A iniciativa del Parlamento Europeo, se celebró en Bruselas una mesa redonda sobre la importancia de concienciar de la detección y tratamiento precoz de la HF en Europa en la que participó la Fundación Hipercolesterolemia Familiar.

El 2015 tiene que ser el año

El plan de detección no puede esperar, es el momento de ponerlo en práctica

Llevamos años reclamándolo, pero el que entra tiene que ser el año. El empeño de la Fundación Hipercolesterolemia Familiar en poner en marcha un plan de detección nacional de hipercolesterolemia familiar (HF) puede rendir frutos próximamente. La Fundación ha puesto a disposición del Ministerio de Sanidad y de las comunidades autónomas un estudio de evaluación económica y un registro de familias con HF (página 3 de este Boletín). Pero además, existe apoyo en el Senado, donde la Fundación llevó a cabo en diciembre una jornada de información a las comunidades autónomas (página 4). Desde Europa se nos anima, porque en este asunto España es pionera, como se puso de manifiesto en la jornada celebrada en Bruselas (página 5). Y, además, existe ya un programa piloto que funciona, como el que se está llevado a cabo en Castilla y León, con gran protagonismo de la red de atención primaria, clave para el éxito del plan. Se trata de que los más de 100.000 españoles que padecen HF, la mayoría sin saberlo, sean conscientes de su mal y puedan ser diagnosticados y tratados antes de desarrollar una enfermedad coronaria prematura. Castilla y León ha reclamado ya la inclusión de este asunto en el próximo Consejo Interterritorial, en el que se reúnen las autoridades sanitarias estatales y de las comunidades autónomas (página 4).

Todo ello sucede cuando se presentan nuevos fármacos cada vez más eficaces, como los que se han dado a conocer en el Congreso Europeo de Cardiología, celebrado en Barcelona recientemente (página 11), y cuando los profesionales se ponen de acuerdo y aprueban documentos de consenso para dar coherencia a los tratamientos que reciben los enfermos de HF y de hiperlipemia familiar combinada (página 10). Los medios contra la enfermedad son cada vez más certeros, pero antes hay que saber a quién aplicarlos. Y para ello hace falta ese plan nacional de detección. 2015 es el año.

Hacia una **estrategia nacional** de la HF

La hipercolesterolemia familiar (HF) es la causa genética más frecuente de enfermedad coronaria (EC) prematura. Este trastorno se expresa desde el nacimiento y se transmite a la mitad de la descendencia. Se estima que más de 100.000 personas en España presentan HF. Cursa con elevados niveles de colesterol y EC prematura, por lo que causa una importante disminución en la esperanza de vida, que se traduce en una pérdida potencial de más de dos millones de años de vida en el conjunto de las personas con HF en nuestro país. Sin embargo, la gran mayoría de los pacientes con HF continúan sin diagnosticar ni tratar. Por tanto, la HF es un problema de salud pública y su diagnóstico y tratamiento son obligatorios.

La HF cumple con los criterios de la Organización Mundial de la Salud para un programa de detección mediante la utilización del cribado genético en cascada familiar: 1) es un trastorno grave; 2) se puede detectar cuando todavía no ha dado síntomas; y 3) tiene un diagnóstico de certeza y un tratamiento eficaz.

Existe una serie de barreras para la detección y tratamiento de la HF: 1) los sistemas de salud no están suficientemente concienciados del problema; 2) falta de programas de detección; 3) la mayoría de los pacientes con HF sin enfermedad cardiovascular están en el primer nivel asistencial por lo que la participación del médico de atención primaria en la detección es crucial; 4) falta de registros que ayuden a conocer la evolución y tratamiento de la HF.

La HF es un trastorno genético de la infancia que se expresa en la edad adulta con enfermedad coronaria prematura

La Fundación Hipercolesterolemia Familiar, en su compromiso de aportar soluciones, ha puesto a disposición del Ministerio de Sanidad y de las comunidades autónomas un estudio de evaluación económica favorable y un registro de familias con HF (ver página 3). Estos son los pilares más importantes en los que se debe basar un plan de detección. Además, existe apoyo del Senado, visibilidad en la Unión Europea y el compromiso de Castilla y León de reclamar al Consejo Interterritorial la puesta en marcha de la estrategia nacional de HF. Por tanto, esperamos que a lo largo del 2015 se apruebe un plan que sea un modelo de medicina preventiva en una población con una elevada carga de enfermedad coronaria prematura.

Personaje

Juan Francisco Hurtado Martín

54 años
Elche

Juan Francisco fue diagnosticado de HF hace cinco años, cuando participó en la jornada de detección de familias con HF que se realizó en San Miguel de Salinas, zona de la Vega Baja de Alicante con una elevada prevalencia de este trastorno. Cuando tenía unos 20 años le detectaron unas cifras de colesterol superiores a 400 mg/dL. Se le indicó un tratamiento con una dieta muy estricta y fármacos para reducir el colesterol. Después de unos tres meses, una nueva analítica mostró una reducción importante del colesterol y se suspendió el tratamiento.

Cuando se le diagnosticó en el año 2009, con 49 años, Juan Francisco tenía los signos visibles de una HF como el arco corneal y especialmente "unos bultos" en el dorso de las manos que correspondían a depósitos de colesterol conocidos como xantomas. Con esas señas de identidad nadie le había dicho que tenía una HF y por tanto no seguía tratamiento. Además, fumaba una media de dos paquetes de cigarrillos al día. Cuando se le informó de la situación suspendió el tabaco al día siguiente y comenzó tratamiento farmacológico con rosuvastatina 20 mg al día. También acudió al Hospital de Elche, donde la doctora Mar Piedecausa le realizó una valoración cardiológica, incluido un test de esfuerzo que fue normal.

Juan Francisco cuenta que, además de la disminución de los depósitos de colesterol de las manos, se encuentra bien y toma regularmente la medicación junto con una dieta saludable y actividad física. Nos recuerda que su padre presentó un infarto de miocardio a los 57 años con posterior cirugía de revascularización coronaria, y su abuela y un tío por la rama paterna fallecieron de infarto de miocardio a los 43 y 45 años respectivamente. Aunque también tiene hermanos y sobrinos con HF, sus dos hijos no han heredado el trastorno. Ha querido aportar su testimonio para mostrar la importancia de una detección precoz de la HF y de cómo los hábitos de vida saludables, junto con el tratamiento farmacológico, pueden prevenir la enfermedad cardiovascular.

El plan de detección de la HF, un **gran ahorro** para el sistema sanitario

La Fundación Hipercolesterolemia Familiar considera que el plan de detección de la hipercolesterolemia familiar (HF) es un objetivo prioritario para evitar la carga de enfermedad cardiovascular prematura en esta población vulnerable. Y desde hace años viene orientando sus actividades hacia este objetivo, mediante la información a las familias, los profesionales médicos y las autoridades sanitarias.

En el año 2010, y a instancias de la Fundación, la comisión de sanidad del Senado aprobó una Proposición No de Ley (PNL), impulsada por el senador José Antonio Rubio, en la que se instaba al gobierno a elaborar y poner en marcha un plan nacional de detección genética de la HF en colaboración con las comunidades autónomas y dentro del Consejo Interterritorial, para garantizar a todos los pacientes con HF un diagnóstico y tratamiento homogéneo en todo el Sistema Nacional de Salud (SNS). En la actualidad, la mitad de las comunidades autónomas están impulsando la detección genética de las familias con HF (Aragón, Asturias, Cataluña, Castilla y León, La Rioja, Madrid, Navarra y País Vasco). Sin embargo, no existe un programa homogéneo y la detección en cascada familiar es escasa. Castilla y León ha sido la única comunidad que en su estrategia de detección ha incluido a los médicos de atención primaria.

A partir del 2013, la Fundación comenzó a mantener contactos con la dirección general de Salud Pública del Ministerio de Sanidad para informar de la necesidad de una estrategia nacional de detección de la HF que evite la enfermedad coronaria prematura. La iniciativa le pareció adecuada al Ministerio, pero se nos solicitó un estudio económico, que se ha entregado en abril del 2014. El estudio económico del plan de detección se ha basado en detectar en un horizonte de diez años a la mayoría de las personas con HF en España. Así, para identificar a 9.000 personas al año con HF, se deberían detectar a 2.250 casos índices (primer caso identificado en la familia) y 6.750 familiares. Por cada caso índice se identificaría una media de tres familiares de primer grado. Esta estimación se basa en los datos reales del registro de familias con HF en España.

La detección de 9.000 casos de HF al año permitirá evitar en los diez siguientes 705 episodios coronarios, 96 muertes, y la pérdida de 200.000 días laborables

La detección de 9.000 casos de HF permitirá evitar en esta población en los próximos diez años: 705 episodios coronarios, 96 muertes, y la pérdida de productividad de más de 200.000 días laborables. Estos datos se desprenden del estudio de evaluación económica.

"Considerando solo los costes directos, se ahorraría al sistema 6.900.000 euros en el manejo de eventos cardiovasculares, aunque debido al coste del diagnóstico genético del primer año y al tratamiento adecuado de la HF en 10 años, ese coste se situaría en 24.937.000 euros. Por otro lado, teniendo en cuenta solo los costes indirectos (pérdida de productividad laboral), se evitaría un coste laboral de 17.937.000 euros, por lo que teniendo en cuenta tanto los costes directos cómo los indirectos (perspectiva social), el coste social neto del plan sería de 7.000.579 euros en diez años", afirma el doctor Pablo Lázaro, economista de la salud y coordinador del estudio económico.

Registro nacional de HF

En la actualidad, gracias a la Fundación, se dispone de un registro prospectivo con seguimiento anual, compuesto por 4.145 personas con diagnóstico genético que pertenecen a 771 familias de toda España con una media de cinco familiares (http://safeheart.colesterolfamiliar.org/). Este programa nacional de detección de familias con HF se puso en marcha en el año 2004 en colaboración con 26 hospitales del sistema nacional de salud y en el contexto de un proyecto de investigación traslacional, conocido como SAFEHEART (Spanish Familial Hypercholesterolemia Cohort Study). Este registro pionero a nivel internacional ha contado con el apoyo del Instituto de Salud Carlos III y del Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC).

Este estudio de seguimiento de familias con HF es un excelente modelo de investigación para evaluar y determinar los principales factores pronósticos de la morbi-mortalidad cardiovascular. Además, contribuirá a mejorar el diagnóstico, tratamiento y calidad de vida de una población con una elevada carga de enfermedad cardiovascular y disminución de su esperanza de vida.

Jornada informativa a las autonomías sobre la **detección de HF**

De izda. a dcha. Pedro Redondo, José Antonio Rubio, Pedro Mata y Pablo Lázaro.

El pasado 24 de noviembre la Fundación de Hipercolesterolemia Familiar organizó en la sede del Senado una jornada informativa con representantes de las consejerías de sanidad de las comunidades autónomas, moderada por el senador José Antonio Rubio, para debatir y compartir con los asistentes las bases y la estrategia de un futuro plan nacional de detección de la HF que trate de detectar a la mayoría de personas con HF en los próximos diez años. También se destacó la necesidad de un compromiso por parte de las comunidades autónomas para estudiar la viabilidad de la implantación de este plan. Al acto acudieron doce comunidades autónomas (Andalucía, Aragón, Baleares, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia, País Vasco y Valencia) que representan cerca del 90% de todos los ciudadanos de España.

En esta reunión el doctor Pablo Lázaro, especialista en economía de la salud, presentó los resultados del estudio económico del plan (ver página 3). También, Pedro Redondo, de la dirección general de Salud Pública de Castilla y León mostró los datos del programa pionero de detección genética de su comunidad autónoma, que ha contado con la participación del médico de atención primaria como actor fundamental en la detección de las familias con HF.

En palabras del senador de la comisión de sanidad, José Antonio Rubio, que coordinó la jornada, "cuando analizamos los problemas de salud que tienen una mayor repercusión social, la enfermedad cardiovascular es la primera causa de mortalidad en España. En el caso de la HF, trastorno genético que se expresa desde el nacimiento y que se manifiesta con infartos de miocardio en edades jóvenes, además del coste en vidas humanas, hay que considerar el gasto sanitario y social que esta patología produce. Por tanto, la HF es un problema de salud pública cuya detección y adecuado tratamiento debería ser una prioridad para el sistema nacional de salud".

La situación actual de la HF en España y los datos del registro de HF fueron presentados por el doctor Pedro Mata, presidente de la Fundación, quien comentó que "desafortunadamente, muchos ciudadanos españoles no son conscientes de que tienen una HF hasta que es demasiado tarde para prevenir la aparición de un infarto de miocardio. Estas personas y sus familias confían en nosotros y en las instituciones sanitarias para detectar la HF y tratarlos adecuadamente. Está en nuestras manos el apoyar un plan de detección de la HF porque gracias a él, por cada diez u once personas que detectemos, evitaremos un episodio coronario o una muerte en los próximos diez años".

Castilla y León reclama un plan de detección

El pasado 19 de diciembre, en una rueda de prensa en la Consejería de Sanidad, el consejero de sanidad de Castilla y León, Antonio María Sáez Aguado, informó de que reclamará al Consejo Interterritorial del Ministerio de Sanidad la necesidad de realizar un plan nacional de HF siguiendo el modelo de su comunidad, que implica la participación de los médicos de atención primaria. Esta implicación, según comentó, es fundamental para el desarrollo del programa de detección precoz. Preguntado por la fecha probable de aprobación, comentó que la espera en los primeros meses del 2015.

España, ejemplo a seguir en la Unión Europea

El pasado 3 de diciembre, a iniciativa del Parlamento Europeo y coordinada por los parlamentarios Mr. Christian Silviu Busoi y Ms. Nessa Childers, se celebró en Bruselas una mesa redonda sobre la importancia de concienciar de la detección y tratamiento precoz de la HF en Europa en la que participó la Fundación Hipercolesterolemia Familiar. La Fundación fue la encargada de informar sobre cómo se puede influir en las políticas sociales y sanitarias para mejorar la detección y el cuidado de las familias con HF, poniendo como ejemplo el registro español, y su contribución a un mejor cuidado de las personas con esta enfermedad, así como el estudio económico del futuro plan nacional de detección de la HF en España (página 3). De esta manera, España se ha convertido en un modelo para otros países europeos y debería ser prioritario para la Unión Europea poner en marcha un cribado de detección de las familias con HF.

La detección de la HF en España se ha convertido en un modelo a seguir para otros países europeos

Mensajes clave

Los mensajes clave de la reunión se resumen en cinco puntos:

1. Es necesario estimular estrategias, con fondos adicionales, encaminadas a mejorar el diagnóstico precoz y el tratamiento de la HF para prevenir la enfermedad cardiovascular.
2. El diagnóstico precoz y los programas de cribado en cascada familiar son medidas coste-eficaces en la detección de la HF, que previenen episodios coronarios y muertes y generan ahorros para los sistemas de salud.
3. Una estrategia integral sobre la enfermedad cardiovascular que incluya la HF debería facilitar la identificación de las personas de alto riesgo, asegurar su adecuado tratamiento y reducir las desigualdades en el diagnóstico y tratamiento.
4. Las iniciativas a nivel europeo se deben vincular a la realización de actividades en los países y estimular a los responsables políticos a desarrollar políticas de salud encaminadas a mejorar la vida de los pacientes con HF.
5. Vincular los programas de cribado a registros compartidos debería contribuir al entendimiento de la progresión natural de la HF, fomentando la investigación y la prevención.

Desayuno y merienda **saludables**, fundamentales para los niños

Los niños adquieren durante su primera infancia los patrones alimentarios en los que basarán su alimentación el resto de su vida, por lo que resulta crucial establecer unos correctos hábitos dietéticos en esta etapa. Para ello es necesario proporcionar al niño una gran variedad de alimentos saludables, dado que está demostrado que los niños que desde pequeñitos incluyen en su dieta habitual estos alimentos tienen más probabilidad de continuar consumiéndolos cuando son adultos.

En los niños con HF es fundamental comenzar con una alimentación saludable a partir de los dos años. Deben seguir una dieta variada, baja en grasas saturadas y colesterol, en la que la principal fuente de grasa sea el aceite de oliva, pero sin olvidarnos de aportar los nutrientes necesarios para el adecuado desarrollo y crecimiento del niño. El desayuno y la merienda son dos ingestas muy importantes que podemos utilizar para completar la dieta de nuestros niños de manera saludable.

Hay que desayunar

Muchos niños acuden al colegio sin haber desayunado. Desafortunadamente, la falta de tiempo y las numerosas obligaciones familiares están dando lugar a realizar desayunos cada vez más ligeros e incluso a omitirlos. Un desayuno saludable y suficiente mejora el estado nutricional y el bienestar del niño, permite un adecuado rendimiento académico y contribuye a reducir el riesgo de padecer obesidad. El desayuno admite una amplia variedad de alimentos, pero lo más recomendable es incluir:

- Un vaso de leche o un yogur.
- Un cereal, preferiblemente integral (pan, cereales de desayuno, o, de vez en cuando, galletas tipo María).
- Una fruta o un zumo natural recién exprimido.
- Una tostada con cantidades moderadas de aceite de oliva virgen extra, jamón cocido, queso fresco, mermelada, etc.

El desayuno debe suponer alrededor del 25% de las necesidades diarias de energía.

Ideas para el bocata

La merienda es un buen momento para comer bocadillos, que aportan la energía y nutrientes necesarios para las actividades extraescolares, así como para incluir lácteos y frutas. Si el niño come en el comedor escolar, es importante complementar su alimentación con la merienda familiar, evitando repetir aquellos alimentos ya consumidos en el colegio.

En la merienda podemos elegir entre: bocadillos, lácteos, frutas… Para hacer bocadillos saludables, es importante elegir bien sus ingredientes:

- Elegir la versión integral de pan. Aportará más fibra y colaborará a reducir el colesterol.
- La mejor grasa que podemos añadir al pan es aceite de oliva virgen extra.
- Fuente de proteínas. Elegiremos las que tengan menos grasas saturadas, como pavo o pollo. Las conservas de pescado como salmón ahumado, sardinas, caballa o atún son una magnífica opción porque además de proteínas, aportaremos a nuestros niños ácidos grasos omega3.

La merienda debe aportar de un 10 a un 15% de las necesidades diarias de energía.

- Para completar, podemos añadir más fibra y vitaminas al bocata con tomate natural o unas hojas de lechuga.

Los niños deben participar siempre que se pueda

Debemos intentar que los niños sean partícipes del momento de la comida: pueden poner la mesa, traer los alimentos, recoger y limpiar la mesa después de comer…

La mejor manera de enseñar a los niños a comer bien es cocinar y comer juntos. Si se les permite ayudar a preparar la comida, se sentirán motivados a probar nuevos alimentos que ellos mismos han preparado.

Noticias • Noticias • Noticias • Noticias

Reunión internacional de HF en Niza

La Casa del Corazón Europeo (sede de la Sociedad Europea de Cardiología), en la ciudad francesa de Niza, acogió durante el 9 y 10 de julio una reunión internacional de organizaciones de pacientes de hipercolesterolemia familiar (HF) con el objetivo de favorecer el intercambio de experiencias a través de una red global de HF. El objetivo de este fórum era conocer las necesidades de los pacientes, compartir ideas y mostrar la situación de la HF en cada país. En esta reunión participó la Fundación Hipercolesterolemia Familiar, que mostró la experiencia española en la detección de la HF en familias realizadas a través de las jornadas de detección y que puede servir de modelo para otros países. También participaron las organizaciones de Estados Unidos, Reino Unido, Austria, Noruega, Portugal, Suecia y las que acaban de formarse en Alemania, Francia e Italia. Esta reunión fue un magnifico foro para discutir los retos y oportunidades a los que se enfrentan los pacientes con HF. A pesar de las diferencias del entorno médico, político y social en los diferentes países, todos vamos a trabajar por un objetivo común, que es aumentar la concienciación y mejorar el tratamiento de las personas con HF en todo el mundo con el mensaje final de que el infarto de miocardio prematuro puede evitarse con la detección precoz y el tratamiento adecuado.

Jornada para pacientes con HF en Elche

El 10 de diciembre se celebró en el centro de congresos de la ciudad de Elche una jornada de debate sanitario sobre HF. Esta reunión fue promovida por la Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat Valenciana (FISABIO), el Hospital Universitario de Elche y la Fundación Hipercolesterolemia Familiar, y contó con la participación de los médicos internistas Alberto Martín Hidalgo y Mar Piedecausa, así como del pediatra José Pastor, todos ellos del hospital de Elche y que siguen a numerosos personas y familias con HF.

Los asistentes, además de comentar su experiencia con la HF, tuvieron la oportunidad de preguntar a los distintos profesionales sanitarios sobre temas relacionados con la HF, como la detección y el tratamiento. Se comentó la importancia del diagnóstico precoz para implementar cuanto antes hábitos de vida saludables como una dieta adecuada, la realización de ejercicio físico y especialmente evitar el tabaco. Uno de los asistentes a la reunión, Juan Francisco Hurtado Martín, contó su experiencia de fumador crónico y cómo cuando se le informó de que tenía una HF abandonó el tabaco en 24 horas (ver personaje en página 2). También despertó mucho interés entre los asistentes el tratamiento con estatinas en niños y adolescentes, se informó de la seguridad de su uso a largo plazo y numerosos adolescentes contaron su experiencia con las medidas dietéticas, la utilización de fármacos para controlar el colesterol y lo fácil que es seguir las pautas cuando se está concienciado. Esta jornada tuvo una amplia cobertura y repercusión en los medios de comunicación escritos y audiovisuales.

Maratón solidaria en Barcelona

La Fundación Hipercolesterolemia Familiar y Sanofi se unieron el 2 de diciembre para formar un corazón que fue retransmitido el día de la Marató de TV3, una iniciativa solidaria impulsada por la cadena de televisión pública de Cataluña que esta vez se dedicó a la concienciación sobre la HF. El objetivo era recaudar fondos económicos para la investigación científica de enfermedades. Con este fin, TV3 dedica anualmente durante el mes de diciembre un programa de 15 horas en las que conciencia, sensibiliza y educa a la población catalana sobre la patología abordada. Más de tres millones de personas siguen cada año esta maratón en directo, se recauda una media de 7 millones de euros y genera una movilización ciudadana tan grande que ya se percibe como la gran fiesta de la solidaridad en Cataluña.

Reunión de la **Red Iberoamericana** de HF

La Red Iberoamericana de HF se reunió en Madrid los días 30 y 31 de mayo, en un evento organizado por la Fundación Hipercolesterolemia Familiar, para presentar e intercambiar proyectos e iniciativas que puedan servir para conseguir políticas de salud homogéneas enfocadas a un mejor cuidado de las familias con hipercolesterolemia familiar (HF) (www.redhipercolesterolemiafamiliar.org). Además, se presentó una actualización sobre las últimas guías de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. La reunión contó con la participación de destacados especialistas internacionales, como los doctores Gerald Watts y Philip Barter. Presidió el acto de inauguración el doctor Javier Maldonado, actual consejero de sanidad de la comunidad de Madrid, junto con los doctores Pedro Mata, Raúl Santos y Mario Stoll, presidente, vicepresidente y secretario respectivamente de la Red Iberoamericana de HF.

De izda. a dcha. Alejandra Vázquez (México), Laura Schreier (Argentina), Mafalda Bourbon (Portugal), Ovidio Muñiz y Rodrigo Alonso (España).

Distintos aspectos fueron abordados en la reunión. Mafalda Bourbon, de Portugal, presentó los datos genéticos de la HF en Iberoamérica, destacando que se comparten muchas mutaciones causales de HF en ambas orillas del Atlántico, producto de las migraciones poblacionales. También destacó la importancia que tiene la Red para fomentar la investigación en el campo molecular de la HF. Rodrigo Alonso abordó el papel que pueden tener los registros en el cuidado de la HF e hizo un resumen del estudio SAFEHEART (http://safeheart.colesterolfamiliar.org/) coordinado por la Fundación y que incluye más de 4.100 personas. Respecto a la LDL aféresis como procedimiento para el tratamiento de la HF grave, Ovidio Muñiz explicó las indicaciones actuales.

En la mesa redonda correspondiente a la situación de la HF en Iberoamérica, los representantes de Argentina, Brasil, Chile, España, México, Portugal y Uruguay explicaron la situación en sus respectivos países. En el caso de Uruguay, el parlamento ha aprobado un plan de detección genética de la HF que contará con la participación de los profesionales de atención primaria. Respecto a las guías de práctica clínica, se dieron a conocer las distintas recomendaciones para la HF. Philip Barter, presidente de la Sociedad Internacional de Ateroesclerosis

(IAS), presentó las guías para el diagnóstico y tratamiento de las hiperlipemias en general. Gerald Watts de Australia, dio a conocer las guías internacionales para el cuidado de la HF en las que destaca la importancia del diagnóstico precoz, el cribado en cascada familiar y la participación de todos los estamentos del sistema sanitario, incluidas las organizaciones de pacientes. También llamó la atención sobre la importancia de contar con guías nacionales dirigidas tanto a médicos de primaria como especializada, y enfatizó que la formación de los profesionales de la salud contribuirá a superar las barreras que todavía existen en la identificación precoz de estas personas. Pedro Mata presentó el documento de consenso español de HF y resaltó la importancia de la participación de la atención primaria en la detección y tratamiento de la HF. Raúl Santos, de Brasil, mostró los resultados de estudios con anticuerpos monoclonales Anti-PCSK9 (aún en fase 3), así como Lomitapide y Mipomersen, cuya principal indicación es la HF homocigota, destacando el importante efecto reductor en los niveles de colesterol LDL y Lp(a).

Durante la reunión, Pablo Lázaro, experto en Economía de la Salud, puso de manifiesto la eficiencia de un programa de detección nacional en cascada familiar y el tratamiento de la HF que abarca la detección en 10 años en España. Sonia Tamames, de la consejería de sanidad de Castilla y León, presentó el programa regional de detección de HF y su evaluación. Destacó la importancia de la participación del médico de atención primaria en la identificación genética de los casos con un rendimiento similar al de la atención especializada.

El senador de la comisión de sanidad, José Antonio Rubio, expuso el papel que tienen los políticos en la elaboración e implementación de programas de detección como el de la HF. Hizo mención especial al papel que ha tenido la Fundación en el futuro desarrollo de un programa nacional de detección de la HF en España. Finalmente, se cerró la reunión con una mesa redonda en la que se expusieron las barreras y limitaciones que tienen los diferentes países para el desarrollo de programas de detección de la HF. Se destacó la importancia de la implicación del médico de primaria en la identificación de estos pacientes. Y se concluyó que el diagnóstico precoz de la HF es un reto para los sistemas de salud y podría servir de modelo de intervención integral para prevenir enfermedades cardiovasculares. La próxima reunión será a finales de septiembre de 2015 en Chile.

De izda. a dcha. Raúl Santos, Philip Barter, Pedro Mata, Gerald Watts y Pablo Lázaro.

Proyecto de investigación de la HFC en España

La hiperlipemia familiar combinada (HFC) constituye un reto para el médico de atención primaria porque es el trastorno heredado más frecuente del metabolismo lipídico asociado con hiperlipemia mixta (colesterol y/o triglicéridos elevados), tiene una elevada prevalencia, y se asocia con numerosos factores de riesgo cardiovascular (sobrepeso, diabetes e hipertensión arterial) y con enfermedad cardiovascular prematura. Se estima que la prevalencia es más elevada que la habitualmente descrita (1-2% de la población), debido al desconocimiento de la enfermedad y a su bajo diagnóstico. Para mejorarlo, es necesario mejorar el conocimiento de este trastorno y en consecuencia su detección. Dada su posición en el sistema sanitario, el médico de atención primaria desempeña un papel fundamental en la detección de la enfermedad, tanto de los pacientes diagnosticados como de sus familiares afectos.

El proyecto Combinared HFC España es un proyecto de investigación de ámbito nacional que la Fundación Hipercolesterolemia Familiar pone a disposición de los médicos que están sensibilizados por mejorar la detección, diagnóstico y manejo terapéutico de la HFC.

Este proyecto consta de un registro y entre sus objetivos está el conocer las características clínicas, el manejo terapéutico y el grado de control de la HFC, así como mejorar su conocimiento epidemiológico. Los datos del registro permitirán informar de los conocimientos adquiridos para hacer visible la importancia de la HFC ante los profesionales médicos, las autoridades sanitarias y la sociedad.

Una proteína, predictor de la enfermedad cardiovascular

El análisis de los datos del registro de la hipercolesterolemia familiar (HF) en España (SAFEHEART), coordinado por la Fundación Hipercolesterolemia Familiar, ha permitido concluir que la lipoproteína Lp(a) es un predictor independiente de enfermedad cardiovascular en la HF. Este trabajo ha sido publicado en la prestigiosa revista americana Journal American College of Cardiology (JACC) y muestra que los pacientes con HF causada por mutaciones más graves y que tienen niveles de Lp(a) más elevados (>50 mg/dL) son los que tienen un mayor riesgo cardiovascular y el tiempo transcurrido hasta el primer episodio cardiovascular es menor que los casos con mutaciones menos graves y niveles más bajos de Lp(a). Este trabajo apoya la determinación de los niveles de Lp(a) en los pacientes con HF, y se considera que niveles >50 mg/dL aumentan el riesgo cardiovascular. El seguimiento de esta población permitirá en el futuro precisar el papel de la Lp(a) como factor de riesgo cardiovascular.

Documentos de consenso de la HF y de la HFC en España

La falta de homogeneidad en las estrategias diagnósticas y en el tratamiento contribuye a que la HF siga poco diagnosticada e inadecuadamente tratada. Para evitar este vacío en el diagnóstico y en la prevención de la enfermedad coronaria, se ha elaborado un documento de consenso con el objetivo de ayudar a los profesionales sanitarios en el diagnóstico y tratamiento de la HF. La Fundación Hipercolesterolemia Familiar, de acuerdo con las recomendaciones internacionales, promovió la creación de un panel de expertos formado por numerosos especialistas junto con la participación de dos personas con HF.

Este documento proporciona recomendaciones para el diagnóstico, cribado familiar y tratamiento de la HF en niños y adultos, así como consejos específicos para los especialistas clínicos, pediatras y médicos de atención primaria con el objetivo de mejorar el cuidado de los pacientes y prevenir la enfermedad cardiovascular. También puede servir de ayuda en la elaboración de políticas de prevención y promoción de la salud.

Pero no es solo la HF. La hiperlipemia familiar combinada (HFC) es un trastorno heredado muy frecuente asociado a enfermedad cardiovascular prematura. Aunque se puede presentar en los niños, habitualmente se expresa a partir de la segunda década de la vida con aumento de colesterol y/o triglicéridos en aproximadamente la mitad de los miembros de una familia afecta. Se estima una prevalencia de del 1-2% de la población general, lo que significa que entre 500.000 y 900.000 personas en España pueden presentar este trastorno. La HFC constituye un reto para el manejo integral del riesgo cardiovascular debido a su elevada prevalencia y a su asociación con numerosos factores de riesgo cardiovascular (sobrepeso, diabetes mellitus e hipertensión arterial).

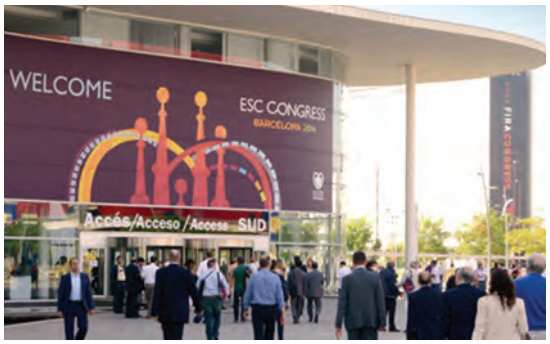
Con el fin de mejorar el conocimiento, diagnóstico y tratamiento de esta población se ha elaborado este documento que proporciona consejos específicos para los profesionales sanitarios. La Fundación Hipercolesterolemia Familiar, de acuerdo con las recomendaciones internacionales, promovió la creación de un panel de expertos formado por especialistas junto con médicos de atención primaria.

Tanto el documento de la HF como el de la HFC se han publicado en el 2014 en las revistas de atención primaria y han sido difundidos por la Sociedad de Médicos de Atención Primaria y Semergen.

Congresos • Congresos • Congresos • Congresos

Nuevos fármacos presentados en el Congreso Europeo de Cardiología

En el Congreso de la Sociedad Europea de Cardiología, celebrado en Barcelona del 30 de agosto al 3 de septiembre, además de los avances dirigidos a la cardiología, se han presentado importantes novedades respecto al tratamiento de la hipercolesterolemia. Por primera vez se están empleando anticuerpos monoclonales para reducir el colesterol. Cuatro ensayos clínicos de fase III apoyan la eficacia y seguridad del anticuerpo monoclonal alirocumab, de Sanofi, y Regeneron, en la hipercolesterolemia. Los resultados del programa ODYSSEY con este inhibidor de la proteína PCSK9, evaluado en pacientes con hipercolesterolemia familiar (HF) y pacientes de alto riesgo cardiovascular (infarto de miocardio previo) han demostrado una reducción cercana al 60% en colesterol-LDL (c-LDL) con un buen perfil de seguridad.



El principal estudio evaluó el efecto a largo plazo de la administración subcutánea del fármaco cada dos semanas frente a placebo en más de 2.000 pacientes. Ambos grupos recibían estatinas a la dosis máxima tolerada y algunos pacientes otros fármacos hipolipemiantes adicionales. Los resultados muestran tras un año de seguimiento que los pacientes con alirocumab alcanzaban una reducción del 57 % en c-LDL. Un análisis de seguridad no mostró efectos adversos importantes y además mostró una menor tasa de episodios cardiovasculares graves. El potencial del fármaco en la prevención de la enfermedad cardiovascular se está evaluando en otro estudio con 18.000 pacientes.

A este grupo de fármacos también pertenece el evolocumab, de Amgen, que ha demostrado igualmente su eficacia en la reducción del c-LDL (cercana al 60%), así como su seguridad, y que tiene pendiente publicar datos sobre seguridad cardiovascular. El potencial uso de estos nuevos fármacos en la HF abre la puerta a una estrategia de tratamiento en este grupo de pacientes que no alcanzan los objetivos en c-LDL a pesar de estar recibiendo el máximo tratamiento disponible.

Varias sesiones celebradas dentro del congreso se ocuparon de la HF. Se presentaron nuevas estrategias de detección como la que está impulsando la Fundación Hipercolesterolemia Familiar en España. También se dieron datos sobre la utilización de dos diferentes fármacos para las formas más graves de HF, como la homocigota: el lomitapide y el mipomersen. El lomitapide ha sido aprobado por la Agencia Europea del Medicamento y pronto estará disponible en España.

Información de las organizaciones de pacientes

En el congreso, se contó con un stand donde las organizaciones de pacientes con HF pudieron informar a los cardiólogos y profesionales sanitarios sobre la HF y la importancia de su diagnóstico precoz. La Fundación Hipercolesterolemia Familiar de España estuvo presente y pudo mostrar los proyectos que lleva a cabo para informar y concienciar tanto a los pacientes como también a los profesionales de la salud y a las autoridades sanitarias de la importancia del diagnóstico precoz y de un tratamiento adecuado para prevenir la aparición de un infarto de miocardio o de una enfermedad coronaria.

Teresa Pariente. Fundación HF.

La ezetimiba en la prevención cardiovascular

Los resultados del estudio IMPROVE-IT acaban de demostrar que los pacientes que tomaron la combinación de ezetimiba (inhibidor de la absorción de colesterol) con simvastatina para reducir el cLDL, presentaron menos eventos cardiovasculares mayores (muerte cardiovascular, infarto de miocardio, ictus o revascularización coronaria) que los pacientes tratados únicamente con simvastatina. Los resultados del IMPROVE-IT, en el que participaron 18.144 pacientes que tenían enfermedad coronaria, se han presentado en el Congreso de la Asociación Americana del Corazón celebrado en Chicago en noviembre y confirman el beneficio cardiovascular de este medicamento.

El estudio se diseñó para determinar si bajando el LDL por debajo de 70 mg/dl (añadiendo ezetimiba a una estatina) se conseguía una reducción adicional de episodios cardiovasculares. Según señaló Eugene Braunwald, de la Universidad de Harvard, la suma de ezetimiba más una estatina logró una reducción adicional de los episodios cardiovasculares en comparación con el tratamiento con estatina sola. "Es la primera vez que se demuestra dicho efecto de forma directa en un estudio de un medicamento reductor del colesterol que no fuese una estatina".

Recetas de Invierno

Coliflor con bechamel

Ingredientes
600 g de coliflor, 90 g de harina, 3 cucharadas de aceite de oliva, 700 ml de leche desnatada, nuez moscada molida para aromatizar.

Preparación
Limpiar la coliflor, cortar en flores grandes y poner en una olla a presión con un poco de sal y agua durante unos 5 minutos. Retirar, escurrir bien y reservar. Mientras tanto, hacer la bechamel: en una cazuela poner a calentar el aceite y freír la harina, cuando empiece a tostarse (sin llegar a quemarse) verter poco a poco la leche, removiendo para que no se formen grumos. Aromatizar la bechamel con un poco de nuez moscada y sal. Colocar la coliflor en una fuente de horno, cubrir con la bechamel y gratinar a 200 º C durante unos 15 minutos. Servir caliente.

Valor nutricional total del menú
(por ración)
Energía: 679 kcal
Proteínas: 37 g (21%)
Hidratos de carbono: 86 g (50%)
Grasas totales: 22 g (29%)
- Saturados: 3 g (4%)
- Monoinsaturados: 13 g (17%)
- Poliinsaturados: 3 . (4%)

Colesterol: 84 mg
Fibra: 10 g
Sodio: 290 mg

Salmón en papillote

Ingredientes
4 filetes limpios de salmón fresco, 1 cebolla, 2 zanahorias, 1 tomate, 100 g de judías verdes, pimienta blanca molida y 2 cucharadas de aceite de oliva virgen.

Preparación
Salpimentar los lomos de salmón. Lavar las verduras y cortar las judías verdes y la zanahoria en juliana (en tiras finas a lo largo) y el tomate y la cebolla en rodajas finas. En una sartén con el aceite de oliva, saltear brevemente todas las verduras juntas menos el tomate. Cortar 4 trozos grandes de papel de aluminio. Colocar un filete de salmón en cada trozo de papel de aluminio. Repartir las verduras y las rodajas de tomate por encima del pescado en cada paquete, regar todos los ingredientes con el aceite de saltear las verduras. Cerrar herméticamente los paquetes de papel de aluminio dejando un poco de aire dentro. Asar en el horno precalentado a 200º C durante 15 minutos o hasta que el papel se haya inflado ligeramente. Pueden servirse los paquetes individuales o retirar el papel de aluminio antes de servir.

Carpaccio de manzana y piña

Ingredientes
½ piña natural, 2 manzanas, una cucharadita de azúcar moreno.

Preparación
Cortar la piña en láminas finas y la manzana en láminas algo más gruesas. Cocinar las láminas de manzana al horno, plancha o microondas, al punto. Servir el carpaccio alternando las dos frutas y espolvorear con el azúcar moreno.

TRUCO: ¿cómo cocinar el pescado azul?

A la hora de cocinar el pescado azul debemos tener en cuenta que al ser más graso, aporta también más calorías que el blanco, por lo que es preferible elegir la cocción, la plancha, el horno, el vapor o el papillote para cocinarlo ya que con estas técnicas no se requiere utilizar mucho aceite.

Para aumentar su consumo, sobre todo entre la población infantil, se pueden utilizar los ahumados como el salmón y las conservas de atún, bonito, sardinas, etc. Siempre que no lleven aceite añadido o que se especifique en el etiquetado que el aceite utilizado es de oliva, son una excelente opción para añadirlos a la ensalada, hacer los bocadillos de la merienda, añadirlos a las pizzas caseras o usarlos como relleno de empanadas, verduras etc.

Comida tipo de un día, planificada para una dieta de 2.000 kcal, con una distribución de principios inmediatos equilibrada, un aporte graso principalmente de origen monoinsaturado y un contenido alto en fibra y bajo en grasas saturadas, sodio y colesterol. Esta comida incluye 30 g de pan blanco (una pulga). Recetas para cuatro personas.

Raquel Arroyo Olivares
(Dietista-Nutricionista)
Fundación Hipercolesterolemia Familiar
fhfdieta@colesterolfamiliar.org
@rarroyolivares

Cartas a la FHF

Os animamos a que nos hagáis llegar vuestras opiniones, sugerencias o simplemente desahogos. Este boletín es de todos y quiere ser un lugar de encuentro. Esperamos vuestras cartas y correos electrónicos.

Dudas sobre las estatinas

Soy un varón de 33 años, peso 60 kg y mido 1,74m. Me han diagnosticado genéticamente desde hace dos años hipercolesterolemia familiar (HF). Sigo tratamiento con atorvastatina 40 mg y tengo ciertas dudas que me gustaría me resolvieran: 1) Si cambiase de residencia a otra comunidad autónoma, ¿tendría derecho en cualquiera de ellas a la aportación reducida? ¿Y si me mudase al extranjero? Actualmente vivo en Barcelona. 2) Sigo una alimentación parcialmente ecológica y me pregunto si no habría alguna manera de sustituir las estatinas con alguna combinación natural. Me temo que a la larga las estatinas tengan efectos secundarios, por ejemplo, en el hígado. 3) ¿El gluten influye en la HF?

Pedro Fonseca Trias
Barcelona

Le respondemos a sus dudas en el mismo orden: 1) Si usted cambiara su residencia a otra comunidad autónoma le darían igualmente la aportación reducida al tratamiento, pues este logro lo consiguió la Fundación Hipercolesterolemia Familiar mediante la aprobación de un real decreto, lo que significa que se consiguió para todo el país. En el extranjero, habrá que informarse puntualmente, dependiendo del país de que se trate. 2. Su resultado genético es la prueba de certeza de HF, y deberá seguir tratamiento farmacológico durante toda su vida. Y no hay ningún remedio natural que lo sustituya. Las estatinas se vienen utilizando desde hace 25 años y está bien demostrada su eficacia y seguridad. Si durante los primeros meses de tratamiento con estatinas no ha presentado alteraciones analíticas es muy probable que nunca las tenga. También se debe hacer un seguimiento para asegurarse de esos problemas que usted comenta, pero referidos al hígado no se dan. Será el médico que habitualmente le trata quien deberá asegurarse de que usted está controlado. La alimentación debe ser saludable, rica en frutas, verduras, legumbres, cereales integrales, lácteos derivados desnatados o semidesnatados, carnes magras, evitando las grasas de procedencia animal, y utilizando el aceite de oliva como la grasa ideal. Por otra parte, puede tomar hasta dos o tres huevos semanales completos, sin restricción de las claras, y evitar el tabaco y la vida sedentaria. 3) El gluten no influye en la HF. A través de nuestra página web: www.colesterolfamiliar.org podrá acceder a la Guía para controlar el colesterol, donde encontrará información sobre alimentación y sobre todo lo que tiene que ver con la HF.

Fármacos de aportación reducida

Les agradecería que me indicasen si el medicamento resincolestiramina 4g, 50 sobres pertenece a los medicamentos que entran dentro de la aportación reducida como Crestor, Ezetrol, etc. ¿Existe algún sitio donde pueda consultarse una lista con los medicamentos que forman parte de esta aportación reducida?

Cecilia Martín Pérez
Cáceres

El fármaco que usted indica pertenece a un grupo de fármacos diferente a las estatinas, que son las resinas, y estas no están en aportación reducida. Lamentablemente, el real decreto que regula la aportación reducida al tratamiento farmacológico no las incluye. La aportación reducida para el tratamiento de la hipercolesterolemia familiar (HF) se aplica en todo el país y así se estipula en el Real Decreto 1348/2003 de 31 de octubre, que entró en vigor en enero de 2004. La ezetimiba (Ezetrol) quedó regulada en el anexo III del real decreto 1348/2003, desde el 16 de mayo de 2009.

Preocupado por sus análisis

Me llamo Rafael, tengo 37 y años y vivo en Madrid. Desde el año 2004, en los análisis que me han hecho periódicamente en mi empresa, el colesterol y los triglicéridos han salido muy altos: colesterol superior a 240 y triglicéridos superior a 700, y me indican que hay suero lipémico que probablemente haya influido en las pruebas colorimétricas por lo que no ha sido posible distinguir el LDL del HDL. En los últimos análisis y tras hablar con el médico de la empresa me han recomendado hablar con un especialista puesto que mis antecedentes familiares y los años que llevo con los niveles altos indican que tengo hiperlipemia familiar. Mi madre tiene el colesterol muy alto (siempre superior a 250) a pesar de que se cuida muchísimo con la dieta, además de realizar deporte. Mi abuelo materno tuvo el primer infarto antes de los 50 y falleció de infarto a los 67. Estamos todos muy preocupados por este tema y agradeceríamos mucho su información. Hace unos años fui a un médico internista que me indicó que hiciera dieta pero aun así, no consigo bajar los niveles comentados. Tampoco me han informado cuáles son los alimentos claves que debo

»

»

cuidar en la dieta, que me permitan bajar el colesterol y los triglicéridos, sin adelgazar puesto que ya soy de constitución delgada. Igualmente, no sé qué médicos hay expertos en HF en Madrid.

Rafael Baena Sánchez
Madrid

Por los datos que usted aporta, tanto por los antecedentes familiares como por su perfil lipídico, podría tratarse de una hiperlipemia familiar combinada (HFC), con predominio de los triglicéridos elevados. Como su nombre indica, es una hiperlipemia combinada o mixta (colesterol y/o triglicéridos elevados – ver página web: www.colesterolfamiliar.org). La HFC se considera con un riesgo cardiovascular alto, especialmente si además de la alteración de los lípidos hay algún otro factor de riesgo cardiovascular como el tabaco, la hipertensión, la diabetes, así como el sobrepeso, que no es su caso. El tratamiento está basado en fármacos hipolipemiantes generalmente desde el momento del diagnóstico, además de las modificaciones en los hábitos de alimentación que sean necesarios para perder peso en el caso de sobrepeso u obesidad. En su caso, como predominan los triglicéridos (> 500 mg/dL) debería tratarse inicialmente con fibratos (el fenofibrato 145, una vez al día es una buena opción). Posteriormente, podrá valorarse añadir un fármaco para reducir el colesterol LDL si es superior a 160 mg/dL. Con triglicéridos > 400 mg/dl no se puede calcular el colesterol LDL. Las analíticas deben determinar igualmente las transaminasas. Es bueno conocerlas antes de iniciar el tratamiento, ya que los fármacos pueden producir incrementos variables en este parámetro. Además, los pacientes con HFC o hipertrigliceridemia pueden tener hígado graso, por lo que también pueden verse afectadas las transaminasas. Para conocer las clínicas de lípidos en Madrid, consulte nuestra web: www.colesterolfamiliar.org.

Sobre el tratamiento en el embarazo

Tengo 30 años y estoy en tratamiento con sinvastatina 40 mg desde hace más de 10 años para controlar la HF. Sin embargo he suspendido el tratamiento porque estoy embarazada de 4-5 semanas. Mi endocrino me ha dicho que no merece la pena que tomase resinas, pero sí que cuide la alimentación. He preguntado los alimentos funcionales tipo Benecol, y me ha dicho que podría tomarlos aunque tampoco me lo ha dicho muy convencida. No los he comprado, porque en el envase he leído que no es recomendable para embarazadas. ¿Qué pensáis vosotros? Antes realizaba deporte pero ahora me siento muy cansada y no he hecho nada. ¿Es muy importante que haga algo?

Ahinoa Ontoria González
Bilbao

Durante el embarazo y la lactancia se debe suprimir la medicación hipolipemiante. Lógicamente, los niveles de colesterol aumentarán en sangre, pero hay que asumir que se trata de un proceso fisiológico puntual. Excepcionalmente, podría valorarse el uso de otros procedimientos en el último trimestre del embarazo si claramente hubiera un riesgo muy elevado de problemas cardiovasculares en ese período (generalmente, en mujeres que ya han presentado un episodio cardiovascular como un infarto de miocardio o angina de pecho). No hay datos suficientes acerca de la eficacia y seguridad de los productos enriquecidos con estanoles/esteroles vegetales durante el embarazo y la lactancia, y por tanto no se recomiendan.

Consulta sobre el aguacate

En una publicación extranjera he leído que el ácido oleico del aguacate aumenta los niveles plasmáticos del HDL. Les agradecería información al respecto.

Domingo Martinez Espinosa
Madrid

Es cierto que el aguacate es una fruta con un contenido importante de ácidos grasos monoinsaturados, sobre todo ácido oleico, que ayuda a reducir el colesterol-LDL (colesterol malo) y a aumentar el colesterol-HDL (colesterol bueno). Por tanto, el aguacate es un alimento recomendable, pero siempre debe estar dentro de una dieta saludable y variada, combinándola con otras frutas. No debemos olvidar que se trata de una fruta muy calórica y que su consumo por tanto debe ser moderado. A continuación damos algunos ejemplos. El aguacate aporta unas 160 Kcal por 100 g. Un aguacate medio pesa unos 200 g con lo cual, quitando el hueso uno medio puede aportar unas 300 Kcal. Sin embargo, hay aguacates que pueden llegar a pesar medio kilo. Una manzana mediana (sin piel y pepitas) pesa unos 150 g, aporta 45 Kcal por 100 g, es decir unas 70 Kcal por ración. Y en el caso del plátano aporta 90 Kcal por 100 g. Además, afortunadamente, estos ácidos grasos beneficiosos para la salud cardiovascular podemos encontrarlos también en otros alimentos. La mayor fuente de ácido oleico es el aceite de oliva, por lo que desde la Fundación siempre recomendamos utilizarlo como grasa fundamental de la dieta para cubrir nuestros requerimientos y conseguir así una mejora de la salud cardiovascular.

¿Qué hace la Fundación Hipercolesterolemia Familiar?

En la Fundación Hipercolesterolemia Familiar, con el apoyo de especialistas, dietistas y personal preparado, ayudamos a través de las líneas telefónicas de apoyo, publicaciones, correspondencia y página web a todos los que están interesados en conocer mejor los riesgos de la enfermedad cardiovascular, sobre todo, los riesgos del colesterol elevado. Además de:

- Dirigir nuestro esfuerzo y dedicación a la prevención cardiovascular, mediante la concienciación y sensibilización a las familias con Hipercolesterolemia Familiar (HF), a las autoridades sanitarias, a los medios de comunicación y a los profesionales de la salud.
- Promover el bienestar de las personas con HF.
- Fomentar el acceso del paciente al tratamiento crónico.
- Impulsar el diagnóstico genético y la detección precoz en cascada familiar desde la infancia.
- Educar e informar sobre la importancia de los hábitos de vida saludables.
- Potenciar la red internacional de HF: International FH Foundation.

¿Qué más puede hacer usted?

Usted puede marcar una diferencia positiva en su bienestar, en el de su familia y en el futuro de la Fundación Hipercolesterolemia Familiar, uniéndose a este proyecto solidario. Les animamos a que rellenen la inscripción de socio.

El Boletín informativo de la Fundación y su página web (www.colesterolfamiliar.org) les permitirá mantenerse al día en todo lo relacionado con la HF y el colesterol, no solo a las personas con HF, sino también a los profesionales de la salud.

Patrocinadores de la FHF

AMGEN®

AstraZeneca

Cogal

Fundación Jesús Serra
Catalana Occidente

FRESENIUS MEDICAL CARE

FUNDACIÓN EROSKI
contigo

MSD

Praxis Pharmaceutical

SANOFI

¡Hágase socio de la Fundación!

La Fundación Hipercolesterolemia Familiar es un proyecto solidario, en el que juntos perseguimos unos mismos objetivos en favor de una mayor sensibilización sobre la hipercolesterolemia familiar (HF). Enfermedad silenciosa, que a veces nos sigue sorprendiendo. Desde que hemos iniciado esta andadura hemos conseguido muchos logros: la aportación reducida al tratamiento, planes diagnósticos regionales, etc. Ahora nuestro empeño y esfuerzo va dirigido a un plan de detección nacional, que estamos a punto de conseguir y que supondrá un importante avance en el diagnóstico precoz de la HF. Y también para evitar que los pacientes conozcan la HF después de sufrir un infarto. En este recorrido debemos seguir juntos, la Fundación os invita a ser parte del proyecto. No hay cuota establecida, sabemos que son momentos económicamente difíciles para todos, aunque es cierto que para algunas familias lo son aún más. Sin embargo, animamos a cumplimentar la inscripción de socio a aquellos que sí pueden hacer algo más.

¡Ahora tiene más ventajas!

Además de ser parte integrante de este proyecto solidario que es el tuyo, puedes compartir logros en favor de una mejor salud cardiovascular, y además, te favoreces de la Ley del Mecenazgo, que te permite desgravarte como mínimo un 30% de la aportación.

¡Anímate y hazte socio!

Redes sociales

¡Las redes sociales también cuentan! Son muchas las personas que nos contactan a través de Facebook y Twitter, y nos siguen en nuestro día a día. Es estupendo poder compartir noticias o jornadas divulgativas y de sensibilización, en las que además de aprender nos lo pasamos bien. "¡Son muy divertidas!", nos dicen las familias que han participado recientemente en las jornadas de Elche y Barcelona. "Al principio nos cuesta", nos decía Luisa, fiel seguidora, "pero todo es empezar". Efectivamente, estas vías de comunicación, se están convirtiendo en autopistas y queremos abrirnos a ellas.

Síguenos en @FHFamiliar

Síguenos en Fundación Hipercolesterolemia Familiar

Sigue abierto nuestro canal informativo habitual, info@colesterolfamiliar.org, y nuestra página web: www.colesterolfamiliar.org.

Consejo editorial

Pedro Mata (médico y Presidente Fundación HF), Raquel Arroyo Olivares (nutricionista), María Teresa Pariente (secretaria de la Fundación HF), Gerardo Gonzalo (editor, miembro de la Fundación HF).

Señales de aviso de un ataque cardiaco

- Presión torácica con sensación de malestar y de estar lleno.
- Dolor aplastante u opresivo en el centro del pecho durante varios minutos.
- Opresión que empieza en el centro del pecho y se irradia a los hombros, cuello o brazos.
- Malestar torácico con sensación de mareo, sudoración, náuseas o dificultad para respirar.

Señales de aviso de un ictus (trombosis o infarto cerebral)

- Debilidad o falta de sensibilidad súbita de la cara, brazo o pierna en un lado del cuerpo.
- Pérdida o debilidad repentina de la visión, especialmente en un ojo.
- Pérdida del habla o problemas al hablar o entender.
- Fuertes dolores de cabeza de forma súbita sin causa aparente.
- Vértigos, pérdida de equilibrio o caídas repentinas inexplicables, junto con cualquiera de los síntomas mencionados.

No todos estos signos ocurren en cada ataque. Si usted nota uno o varios de estos signos, no espere. Consiga ayuda médica enseguida.