

En este número...

- Nuevos tiempos, reivindicaciones de siempre 2
- Es el momento de la prevención cardiovascular 3
- La detección genética de la HF sigue avanzando 3
- León y Valladolid completan las jornadas de la Fundación en 2011 4 y 5
- Antiinflamatorios y enfermedad cardiovascular 6
- Dosis altas de paracetamol y riesgo hepático 6
- Las enfermedades de huesos y de corazón, las más frecuentes durante el envejecimiento 6
- Reunión de centros que participan en el estudio de una cohorte de HF 7
- La carga sanitaria y económica de la obesidad 8



- Alimentación, colesterol y deterioro cognitivo 9
- Noticias y congresos 10 y 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.com
e-mail: info@colesterolfamiliar.com

Clasificada como fundación benéfico-asistencial
Orden Ministerial de 28 de octubre de 1997



La Fundación Hipercolesterolemia Familiar acudió el último trimestre a Valladolid y León –su catedral, en la foto– para llevar a cabo unas nuevas jornadas de detección de hipercolesterolemia familiar.

La hipercolesterolemia mala para el corazón... y para el cerebro

La insistencia en los problemas cardiovasculares que conlleva el aumento del colesterol parece dejar en un segundo plano otras derivaciones que, si hasta hace poco eran sobre todo intuitivas, cada día se conocen con más certeza. Es el caso de la relación del exceso de colesterol con el deterioro cognitivo que se presenta con el paso de la edad, una relación que es actualmente objeto de estudios en todo el mundo.

Un ensayo con más de 2.000 participantes realizado por la Clínica Mayo en EEUU analizó el consumo de grasas para cocinar y estableció que la prevalencia del deterioro cognitivo leve disminuyó con un consumo mayor de ácidos grasos, como los del aceite de oliva que reducen los niveles de colesterol. Otro estudio reciente presentado en la reunión anual de la Sociedad Americana de Radiología demostró que las personas que consumen pescado al horno o cocido semanalmente mejoran su salud cerebral y reducen el riesgo de desarrollar deterioro cognitivo o la enfermedad de Alzheimer. Y en relación con la hipercolesterolemia, otro estudio realizado en Japón dio muestras de que las personas con niveles de colesterol mayores de 230 mg/dl presentan mayor volumen de placas cerebrales en comparación con las personas que presentaban niveles bajos o normales de colesterol. La relación entre el colesterol elevado y el deterioro cognitivo también se había descrito en un estudio realizado en España en personas con hipercolesterolemia familiar (HF) mayores de 50 años y que mostró un deterioro cognitivo leve en comparación con otras personas sin HF (más información sobre todos estos estudios en la página 9).

Lo habíamos señalado en muchas ocasiones, pero conviene recordarlo: “lo que es malo para el corazón es malo para el cerebro”. Y el tratamiento o la prevención de los factores de riesgo de enfermedad coronaria y cerebrovascular también puede preservar la función cognitiva con la edad.

Nuevos tiempos, reivindicaciones de siempre

Al igual que en otros sectores de nuestra sociedad, la sanidad se ha visto afectada por la actual crisis. Los presupuestos de las comunidades tienen el denominador común del ahorro, de la eficiencia y de la sostenibilidad que está marcando al estado y a las autonomías. Nadie niega la gravedad del momento que estamos viviendo y la necesidad de tomar medidas para sobrellevarlo, pero justamente en los momentos de crisis, a pesar de escasear recursos, es más necesario que nunca la inversión sanitaria en programas de prevención.

Una petición a las autoridades sanitarias es la igualdad en la asistencia y en los tratamientos, independientemente del lugar de residencia. Otra demanda es la instauración de planes y programas específicos para los pacientes crónicos. Así, la detección de las personas y familias con hipercolesterolemia familiar (HF) debería ser un modelo de atención sanitaria en la prevención de la enfermedad cardiovascular prematura.

Desde la Fundación Hipercolesterolemia Familiar, en este nuevo año seguiremos impulsando la información a los pacientes y familiares, así como la formación a los profesionales sanitarios mediante programas educativos para dar mejor respuesta a las necesidades de las personas con HF. Continuaremos igualmente con el reclutamiento y seguimiento de las familias del estudio de cohorte, para conseguir una

población más concienciada sobre el riesgo del colesterol elevado y la importancia de las medidas de control. Aumentar el número de asociados continúa siendo un objetivo inexcusable, porque estamos seguros de que a mayor información, mayor

Desde la Fundación Hipercolesterolemia Familiar seguiremos impulsando la información a los pacientes y familiares, así como la formación a los profesionales sanitarios para dar mejor respuesta a las necesidades de las personas con HF

prevención. Y para ello, debemos incrementar igualmente las vías de colaboración, bien con organizaciones que persiguen fines coincidentes, como con entidades que deciden revertir parte de sus ingresos a la sociedad, apoyando programas o campañas en favor de la mejora de la salud cardiovascular, no solo para familias con HF, sino también para la población general que presenta un colesterol elevado aunque la causa no sea genética.

Personaje



Agustín Bautista Blázquez

65 años
Valladolid

Agustín sufrió su primera angina de pecho a los 45 años y su segunda angina a los 52, cuando le realizaron una angioplastia y se le implantó un *stent* (dispositivo para abrir la arteria obstruida). No conoció sus niveles de colesterol hasta los 42 años, cuando en una revisión de empresa le detectaron cifras superiores a 400 mg/dl. A partir de aquel momento, comenzó con medidas dietéticas, pero continuó fumando hasta que le sorprendió la primera angina. Desde entonces sigue tratamiento con estatinas, primero simvastatina y desde hace unos años con atorvastatina 40 mg y Ezetrol, y así consigue tener un buen control de su colesterol. Además, toma Adiro y Emconcor. Tiene numerosos antecedentes familiares de hipercolesterolemia familiar (HF), entre ellos su madre (falleció de un ictus), dos hermanas, tres hijos y dos sobrinos. Aunque en el Hospital Clínico de Valladolid le habían diagnosticado de hipercolesterolemia hace unos años, no había sido estudiado genéticamente hasta hace unos meses. Fue la Fundación Hipercolesterolemia Familiar quien le informó sobre la jornada de Valladolid y sobre la posibilidad de formar parte él y todos sus familiares del estudio de cohorte. De esta forma, todo el grupo familiar pudo participar en la jornada sobre la HF celebrada en Valladolid (ver páginas 4 y 5) y a todos se les ha estudiado genéticamente para formar parte del estudio de cohorte.

Agustín realiza una dieta saludable, lleva una vida física activa y ya no tiene el estrés que antes de jubilarse le producía su empleo de banca. Sigue sus revisiones médicas y se encuentra bien. Ha querido aportar su testimonio para evitar que otras personas sufran su experiencia, destacando la importancia de la detección precoz y la prevención para evitar la enfermedad coronaria.

Es el momento de la prevención cardiovascular

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en Europa. Según datos de la Red Europea del Corazón (EHN, en sus siglas en inglés), cada día mueren unos 12.000 europeos a causa de infartos de miocardio, accidentes cerebrovasculares y otras patologías vasculares. Los problemas de corazón están detrás de un gran número de fallecimientos prematuros, pero además también provocan un considerable porcentaje de discapacidades crónicas. No es su único impacto. De las arcas públicas europeas salen cada año 192.000 millones de euros para tratar complicaciones a causa de un problema cardiovascular.

Los problemas de corazón están detrás de un gran número de fallecimientos prematuros y discapacidades crónicas

Al igual que se ha hecho con el tabaco, la Red Europea insiste en la necesidad de una intervención decidida por parte de los gobiernos europeos para hacer frente a este problema de salud. Y ha puesto el acento en el papel que puede jugar la dieta y la actividad física en la prevención de de las enfermedades cardiovasculares en Europa, ya que hay datos inquietantes. La mayoría de los países no cumplen las recomendaciones de consumo de sal y grasa saturada, las frutas y verduras escasean en los menús diarios y, según las últimas estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, al menos dos tercios de la población adulta de la Unión Europea no practica una actividad física suficiente para mantener una salud óptima. Ante esta tendencia al sedentarismo, a las dietas poco saludables y al aumento de la obesidad, los especialistas reclaman una acción inmediata. Es fundamental establecer un control de las opciones alimentarias disponibles, así como de los factores que influyen en lo que come la gente y en sus niveles de actividad física. Además, hay que fomentar el autocuidado para disfrutar de una mejor salud.

La detección genética de la HF sigue avanzando

La hipercolesterolemia familiar (HF) es la causa genética más frecuente y a la vez prevenible de enfermedad coronaria prematura. El riesgo de presentar un infarto de miocardio antes de los 50 años es del 50 por ciento sin tratamiento, por lo que la esperanza de vida se puede ver reducida en 30 años. A pesar de ello, la mayoría de estas personas permanecen sin diagnosticar y, por tanto, inadecuadamente tratadas. En España se están dando importantes pasos y nuestro país junto con Holanda es uno de los pioneros a nivel internacional en la detección genética de la HF, que proporciona un diagnóstico de certeza y contribuye a la identificación de los casos familiares.

Hasta la actualidad se han diagnosticado genéticamente en España a más de 6.000 personas (ver página 7 de este Boletín). Desde el punto de vista de la salud pública esta detección es asumible y muy coste-eficaz si se compara con otros programas de cribado como determinados tipos de cánceres.

Numerosas comunidades ya han comenzado con la detección genética de la HF. Y desde 2009, la comunidad de Castilla y León, con la colaboración de la Fundación HF, está realizando un programa pionero de de-

tección genética de la HF con la participación tanto del médico especialista hospitalario como del médico de atención primaria. Además, se ha puesto en marcha un programa de formación continuada para los médicos. En la actualidad se han detectado unas 700 personas y cerca de la mitad de las peticiones para el diagnóstico genético proceden de la atención primaria, tanto a nivel urbano como rural.

Desde la Fundación creemos que ha llegado el momento de que el ministerio de Sanidad, en colaboración con las comunidades autónomas, elabore un plan nacional de detección de la HF. Existen suficientes ar-

gumentos para ponerlo en marcha: la HF es un problema de salud pública que se manifiesta desde la infancia, se puede prevenir la enfermedad coronaria, asegura el desarrollo de políticas de equidad que garantizan la cohesión y la igualdad de las prestaciones en el sistema sanitario, integra a la atención primaria y especializada, incorpora la innovación tecnológica del diagnóstico genético a la cartera de servicios —con evidencia científica y a un bajo coste—, y es además un modelo de autocuidado dentro del grupo familiar.



Ha llegado el momento de que el ministerio de Sanidad, en colaboración con las comunidades autónomas, elabore un plan nacional de detección de la HF

León y Valladolid completan las jornadas de la Fundación en 2011

Fue en el mes de julio cuando el Servicio de Endocrinología del Hospital General de León, con la doctora Rocío Aguado al frente, decidió su participación en el estudio de seguimiento de familias con hipercolesterolemia familiar (HF). A todos nos dio una gran alegría contar de nuevo con esta población de la comunidad de Castilla y León, entre otras razones, porque la doctora Rocío Aguado participó activamente en el primer registro de pacientes con HF y estábamos seguros de que la contribución de León sería muy importante. Pudimos contar con algunas familias numerosas que a pesar de su dispersión rural en distintas localidades fue posible agrupar. Y así, todos pudimos finalmente compartir estas jornadas durante los días 22 y 23 del pasado mes de octubre, en las que contamos con 129 adultos y 7 niños.

Los primeros contactos telefónicos con los familiares se iniciaron desde la Fundación durante los meses de verano, y ahí tuvimos la oportunidad de llegar a muchas familias de lugares como Ribera del Río Órbigo, La Bañeza, Astorga y otros pueblos de la Vega. De todas las familias aprendimos mucho, también de aquellas que se han acostumbrado a vivir con el colesterol, pero que conocen muy bien los estragos de la enfer-



Cuando en una familia al menos un caso ha sido identificado genéticamente de HF, el resto de los familiares que presenten criterios clínicos de HF deben recibir igualmente la aportación reducida

medad cardiovascular, como nos decía Julia Antón: "El colesterol no duele pero mata". Sus sobrinas Yoly y Camino la llaman cari-

ñosamente "la Reina del colesterol", porque en algunos momentos ha superado los 600 mg/dl. Sin embargo, sus sobrinos nietos han tenido más suerte, porque Paula con cuatro años ya ha sido diagnosticada mediante el test genético en saliva y esto va a significar instaurar hábitos de vida sanos, que permanecerán en la vida adulta.

Atrás van quedando los malos momentos vividos por otras familias como la de Serafina y Victorino Álvarez, que perdieron a dos de sus hijos Gonzalo y Aurora a la edad de 7 y 5 años por una HF homocigota. Entonces no se sabía mucho de la hipercolesterolemia, y en su caso al ser los dos por-



tadores del mismo gen la genética y el azar contribuyeron al desenlace fatal. Y es la genética especialmente el punto de partida de este estudio de seguimiento, del que todos ya forman parte, y del que tanto hemos hablado a través de las numerosas conversaciones telefónicas mantenidas durante todo este tiempo. Elisa Marques, como los miembros de otras muchas familias, agradecen a la doctora Aguado su apoyo en el seguimiento de la HF durante años. También numerosas familias que se reparten entre Veguellina y Villoria de Órbigo informaron a sus médicos sobre el estudio y desde la Fundación les mantendremos informados a través del boletín informativo y de la web.

En Valladolid, familias más dispersas

La jornada de estudios del colesterol en Valladolid contó con la colaboración del servicio de Endocrinología que dirige la doctora Aurelia Villar Bonet. De las familias estudiadas, además de aquellas que hacen el seguimiento en el hospital Clínico, contamos con algunas del Hospital Río Ortega, y otras de los diferentes centros de salud de Valladolid y



Medina del Campo. Desde la Fundación también les agradecemos su apoyo.

Al tratarse Valladolid de una ciudad más industrializada, la dispersión de las familias se da especialmente, por motivos de trabajo, de ahí, que algunos familiares vivan en la ciudad pero proceden de otros puntos del país. A pesar de ello, teniendo en cuenta que el estudio de seguimiento ya cuenta con 3.270 perso-

nas, no nos ha resultado difícil establecer lazos familiares entre Madrid, León, Barcelona, País Vasco, Asturias, Salamanca o Burgos entre otras localidades.

Al ser una ciudad más industrializada, en Valladolid hemos conocido casos conectados con otras zonas de España

Así, en el caso de la familia de Gonzala Rodríguez, que ha sufrido la enfermedad coronaria, entre ellos alguno de sus hermanos que corrieron la peor suerte, le pareció estupendo darnos su apoyo para llegar a todos sus hermanos, sobrinos y sobrino-nietos, con quien mantiene una excelente relación familiar. "Siempre vamos todos juntos y esta puede ser una estupenda ocasión para vernos", decía. Y así fue, porque reunimos a veinte familiares, entre ellos dos niños y dos adolescentes. En el caso de la familia de Dionisio Andrés, a quien nos hubiera gustado estudiar hace años porque, por sus vínculos con otras familias, sospechábamos que podían padecer HF. Esta vez Dionisio acudió junto con la hermana que vive en Ciudad Real, hemos tenido que esperar a la Jornada de Valladolid para conseguirlo. Otros han quedado a la espera de los próximos desplazamientos que la Fundación lleve a cabo en Cataluña.

A todos nos ha llamado la atención una vez más la falta de información sobre la aportación reducida al tratamiento. En algunos casos, al no conocer los profesionales sanitarios el tema en profundidad, las familias solicitaban a la Fundación un documento acreditativo de su HF, para poder beneficiarse de esta prestación sanitaria. Cuando en una familia al menos un caso ha sido identificado genéticamente de HF, el resto de los familiares que presenten criterios clínicos de HF deben recibirla igualmente.



Antiinflamatorios y enfermedad cardiovascular

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) son fármacos de uso muy frecuente para el tratamiento del dolor y procesos inflamatorios. Sin embargo, su uso no está exento de riesgos, especialmente en los pacientes con enfermedad cardiovascular. Un análisis reciente ha evaluado 31 ensayos controlados que analizan siete AINE distintos y compara los riesgos de infarto de miocardio, de ictus y de muerte cardiovascular de los distintos fármacos respecto a la utilización de placebo (sustancia que carece de acción terapéutica). Todos ellos aumentaban el riesgo de episodios cardiovasculares. Los más utilizados como ibuprofeno y diclofenaco aumentaron en mayor medida el riesgo cardiovascular, mientras que naproxeno fue el más seguro.

También se ha demostrado que el uso de los AINE se asocia con un aumento del 40-70 por ciento en el riesgo de fibrilación auricular crónica (trastorno del ritmo cardiaco), fundamentalmente en los nuevos consumidores de estos fármacos. Otro estudio mostró un aumento tanto de la mortalidad

como de las tasas de reingreso debido al uso de AINE en una cohorte de pacientes con antecedentes de infarto de miocardio e insuficiencia cardiaca. Estos datos son preocupantes, sobre todo si se tiene en cuenta que al 34 por ciento de los pacientes con insuficiencia cardiaca se les administró algún tipo de antiinflamatorio. Con estos antecedentes, la conclusión es que el tratamiento con antiinflamatorios debe evitarse en pacientes hipertensos y/o con elevado riesgo cardiovascular, debiendo valorarse cuidadosamente el riesgo-beneficio de su utilización, optando por otras estrategias terapéuticas en la reducción del dolor.



British Medical Journal (2011)

Dosis altas de paracetamol y riesgo hepático

El paracetamol es el analgésico más ampliamente utilizado, especialmente por su buena tolerancia a nivel gástrico. Sin embargo, dosis mayores de tres gramos al día y a veces inferiores, pero de forma repetida, pueden ocasionar daño hepático, aunque es difícil reconocerlo en la práctica clínica diaria. Tradicionalmente las dosis de paracetamol oscilaban de 500 a 650 mg, pero en los últimos años se ha estandarizado el tomar un gramo tres veces al día. Esto ha ocurrido porque los riesgos del paracetamol se han subestimado. Además, muchas personas mayores con dolor crónico y polimedados por otras patologías añadidas toman estas elevadas dosis de forma crónica.

Desde el ministerio de Sanidad se viene fomentando el uso racional del medicamento, especialmente en los mayores de 60 años, ya que son más sensibles a los efectos adversos de los fármacos. Por tanto, sería aconsejable reducir la dosis de un gramo y optar de forma preferente por las presentaciones de 500 y 650 mg.

British Journal of Clinical Pharmacology (2011)

Las enfermedades de huesos y de corazón, las más frecuentes durante el envejecimiento

Según datos de la *Encuesta de personas mayores* del ministerio de Sanidad, las enfermedades más frecuentes durante el envejecimiento son las relacionadas con los huesos y las del corazón. Las enfermedades cardiovasculares también son la principal causa de mortalidad, y el colesterol uno de sus principales factores de riesgo. Sin embargo, este tipo de enfermedades se pueden prevenir en gran parte. Según los expertos no fumar, mantener una alimentación sana y variada y seguir un estilo de vida saludable son algunos de los factores claves para tener un corazón sano y disfrutar de una vida larga y saludable.

Las personas mayores necesitan una menor cantidad de energía que el resto de la población, pero por otro lado hay una serie de nutrientes que son fundamentales y por

ello deben ser reforzados, como por ejemplo el calcio y la vitamina D. Estos nutrientes se pueden tomar como complemento o incorporar a través de la alimentación, ya que existen una serie de alimentos fáciles de introducir en el día a día que nos los aportan. Los expertos aconsejan el consumo de grasas saludables, como las que se encuentran en los aceites vegetales (oliva, maíz, soja, girasol) y derivados como la margarina, en los pescados azules y también en los frutos secos. Se aconseja igualmente, reducir el consumo de grasas saturadas, que se encuentran en alimentos como la mantequilla, los embutidos, las carnes con grasa visible o los lácteos enteros, y sustituirlos por grasas insaturadas saludables, carnes magras, y lácteos semidesnatados o desnatados (ver en la web la "Guía para controlar su colesterol").



Reunión de centros que participan en el estudio de una cohorte de HF

El pasado 15 de diciembre se celebró en Madrid la reunión de los centros hospitalarios que participan en el estudio de cohorte de familias con hipercolesterolemia familiar (HF), conocido con el nombre de SAFEHEART, que actualmente está financiado con fondos del CNIC y de la Fundación HF. Se presentaron datos del Estudio que ya cuenta con 3.272 personas (251 menores de 18 años) pertenecientes a 574 familias de toda España. La edad media es de 45 años, dentro de una franja de edad que va desde los 15 hasta los 80 años. La proporción de familiares afectos —estudio genético positivo— es de un 70 por ciento y la de no afectos —estudio genético negativo— es de un 30 por ciento. Se han detectado unas 130 mutaciones diferentes, y cerca de la mitad de los participantes del estudio son vistos en atención primaria.

Para el año 2012 se prevé incluir más de 400 nuevos casos de pacientes con HF

A pesar de que el estudio se inició en el año 2004, el mayor crecimiento se ha producido a partir del 2009 (más de 1.800 casos incluidos), que es cuando la Fundación pone en marcha las jornadas de

detección de familias con el desplazamiento a los centros colaboradores, estrategia que ya todos conocemos y cuyos frutos han puesto de manifiesto la importancia de un trabajo en equipo en el que todos hemos puesto mucho empeño y dedicación. Además, los resultados del Estudio evidencian la importancia de realizar la cascada genética familiar que ha contribuido a la identificación de familiares que no conocían que tenían una HF. Para el año 2012 se piensa incluir más de 400 nuevos casos.

Se destacaron los nuevos canales que la Fundación ha creado desde la web, para que las familias participantes en el Estudio incluyan sus datos clínicos y alimentarios anualmente. De esta forma, no solamente conseguiremos que el propio paciente incluya sus datos, sino que se involucre cada vez más en el seguimiento de su propia enfermedad, que repercutirá sin duda, en una mayor responsabilidad de todos los participantes. Además, se hará un seguimiento telefónico anual y una visita presencial cada cinco años. También se ha creado un sitio web de libre acceso, <https://centrovirtualcolesterol.org/safeheart/>, con las características del estudio, clínicas participantes y resultados preliminares, tanto en español como en inglés.

Araceli Andrés Sancha *in memoriam*

Araceli Andrés Sancha había ganado la batalla del colesterol pero no pudo superar la enfermedad



que le ha costado la vida. El pasado día 25 de Noviembre, a los 68 años se nos fue para siempre. Su esposo Emilio Villalmanzo y sus hijos conocen bien el camino lleno de dificultades e incertidumbres que tuvo que recorrer hasta que la ciencia arrojó luz sobre la hipercolesterolemia familiar (HF) homocigota que presentaban dos de sus hijos cuando tenían menos de dos años, después de perder a su pequeña Marisol con 8 años por un infarto de miocardio cuya causa era una HF homocigota.

La familia Villalmanzo ha sido inspiración y motivo de compromiso para la Fundación desde que inició este proyecto solidario. En las páginas de este Boletín, hace años, Araceli nos relataba su amarga historia. Y así, se la hicimos llegar a la comisión de sanidad en el Congreso, que quedaron impactados con su testimonio. Fue el comienzo del camino que desembocó en el reconocimiento por parte del ministerio de Sanidad de la aportación reducida al tratamiento de la HF.

De Araceli siempre nos impresionó su aplomo ante la adversidad, su timidez con la que probablemente cubría la fuerza que interiorizaba para seguir luchando sin que se notara. Y sobre todo sus reflexiones hechas con sencillez y serenidad. Para sus nietos "ya no es lo mismo llegar a la casa de los abuelos". Ella lo tenía todo a punto para recibirlos. Cuesta entender su ausencia, dicen. Araceli podía con todo, pero como en voz baja nos dijo la pequeña Lucía "con la muerte no puede nada". Sin embargo, su recuerdo permanecerá siempre con nosotros.

La carga sanitaria y económica de la **obesidad**

Si continúa la tendencia actual, en 2050 el 60% de los hombres y el 50% de las mujeres serán obesos

Según un estudio que se publica en la revista inglesa *The Lancet*, se prevé que en las dos próximas décadas haya millones de casos de diabetes, cardiopatía coronaria, ictus y determinados tipos de cáncer en el mundo desarrollado. Uno de cada tres adultos en Estados Unidos es obeso. Uno de cada cuatro en el Reino Unido y Australia. En España el 23 por ciento de la población adulta y casi el 20 por ciento de los niños y adolescentes presentan obesidad. Las cifras varían según los países, pero casi ninguno se libra de esta epidemia de exceso de kilos, ni siquiera los países de bajos ingresos.

En los países ricos la epidemia de obesidad comenzó a finales de los 70 y principios de los 80, cuando la gente empezó a gastar más en comida además de disminuir la actividad física. En los países de medianos y bajos ingresos comenzó más tarde pero se propagó más rápido. La llegada de la llamada "comida basura", más barata que los productos sanos, es uno de los factores clave para explicar los kilos de más. Pero no el único. En esta epidemia influyen también aspectos ambientales, genéticos y de comportamiento.

En la actualidad se calcula que 1.500 millones de adultos tienen serios problemas de peso, a los que se suman 170 millones de niños. Esta epidemia es responsable de entre el 2 por ciento y el 6 por ciento del gasto sanitario de los países, ya que aumenta el riesgo de padecer distintas enfermedades, como diabetes o trastornos coronarios. Los expertos alertan de que si continúa la tendencia actual, la situación será insostenible dentro de 20 años. Para 2030, si nada cambia, las cifras seguirán aumentando. Ante esta nueva situación, los gobiernos tendrán que enfrentarse con 7,8 millones de casos nuevos de diabetes, 6,8 millones extra de enfermos coronarios y 539.000 casos



nuevos de cáncer en Estados Unidos. Para el Reino Unido, serán 668.000 casos extra de diabetes, 461.000 de enfermedades cardíacas y 130.000 tumores. Desde el punto de vista económico, estas proyecciones se traducen en un coste médico combinado anual de más de 50.000 millones de dólares en Estados Unidos.

Ingerir 100 calorías menos cada día ayuda a perder peso sin problemas

Para Steven L. Gortmaker, de la Escuela de Salud Pública de Boston (EEUU), "las intervenciones para revertir esta epidemia tienen que liderarlas los gobiernos, aunque cuenten con la colaboración de ONG, la sociedad civil y otras instituciones". Según explica, "las acciones prioritarias y más eficaces pasan por prohibir la publicidad de refrescos y comida rápida dirigida a los niños y por gravar con más impuestos a estos productos". Asimismo indica que las autoridades deberían fomentar la práctica de ejercicio físico y facilitar las instalaciones para tal fin. Además, se debe educar a

las familias y a los niños en las escuelas, y fomentar el autocuidado en las personas.

Diets irreales

Durante décadas los médicos y nutricionistas se han basado en una premisa incorrecta para desarrollar sus programas de adelgazamiento. Solo han tenido en cuenta el número de calorías ingeridas, pero no los cambios que se irían produciendo en el metabolismo, "se generaban expectativas poco realistas en los obesos, pensando que se perderían kilos muy rápido", cuenta el doctor Kevin Hall. Para él, no es necesario hacer grandes esfuerzos ni dietas estrictas. Basta con "reducir el consumo de 100 calorías diarias para perder peso de forma considerable y sostenida en el tiempo".

"Por ejemplo, solo con quitarnos la chocolatinas diaria o el bollo de la merienda nos haría perder 11 kilos en tres años casi sin darnos cuenta", explica. Pero si nadie se toma en serio el problema, para el 2050 el 60 por ciento de los hombres y el 50 por ciento de las mujeres serán obesos. Dejando al margen el tabaco, la obesidad es la principal causa prevenible de enfermedades en muchos países.

The Lancet (2011)

Alimentación, colesterol y deterioro cognitivo

Los estudios que relacionan el deterioro cognitivo asociado a la vejez y los problemas vasculares proliferan en todo el mundo. Sabíamos que lo que es bueno para el corazón lo es también para el cerebro, pero lo que conocíamos de manera un tanto intuitiva ahora se va confirmando en numerosos estudios emprendidos en todo el mundo.

El deterioro cognitivo leve es un estado intermedio entre el envejecimiento cognitivo normal y la demencia. La mayoría de pacientes con deterioro cognitivo leve presentan con el tiempo un descenso progresivo de sus capacidades de memoria y pensamiento. Si bien la causa subyacente puede ser la enfermedad de Alzheimer, numerosas personas pueden desarrollar otro tipo de demencia de origen vascular.

A más colesterol, más riesgo

La hipercolesterolemia parece aumentar el riesgo de presentar la enfermedad de Alzheimer según un estudio realizado en Japón. En el estudio se analizaron las concentraciones de colesterol de 2.587 personas de 40 a 79 años de edad sin signos de enfermedad de Alzheimer. Y se evaluaron muestras cerebrales de la autopsia de 147 personas que fallecieron después de 10 a 15 años de observación para examinar la presencia de placas cerebrales. De estas, un 34 por ciento te-

nían un diagnóstico de demencia antes de fallecer. Los resultados mostraron que las personas con niveles de colesterol mayores de 230 mg/dl, tenían mayor volumen de placas cerebrales en comparación con las personas que presentaban niveles bajos o normales de colesterol (*Neurology*, 2011).

La relación entre el colesterol elevado y el deterioro cognitivo se había descrito anteriormente en un estudio realizado en España en personas con hipercolesterolemia familiar (HF) mayores de 50 años, que mostró un deterioro cognitivo leve cuando se compararon con personas controles sin HF (*The American Journal of Medicine*, 2010). Las conclusiones inducen a relacionar el elevado nivel de colesterol en sangre desde edades jóvenes con la aparición precoz de deterioro cognitivo leve (ver páginas 8 y 9 del Boletín número 32 o la página web de la Fundación: www.colesterolfamiliar.com).

Estudios norteamericanos

Un estudio con más de 2.000 participantes entre 70 y 89 años realizado por la Clínica Mayo en EEUU y publicado en la revista de la propia clínica en 2010, analizó el consumo de grasas para cocinar, además del consumo de grasas en otros alimentos. Los científicos descubrieron que la prevalencia del deterioro cognitivo leve disminuyó con un consumo mayor de ácidos grasos monoinsaturados y poliinsaturados. Los ácidos grasos monoinsaturados se encuentran en el aceite de oliva y de canola o colza, mientras que los ácidos grasos poliinsaturados, como los omega 3 y omega 6, normalmente están presentes en la mayoría de las variedades de frutos secos, semillas como el maíz, girasol, soja y pescados.

Otro estudio reciente presentado en la reunión anual de la Sociedad Americana de Radiología ha mostrado que las personas que consumen pescado al horno o cocido semanalmente mejoran su salud cerebral y reducen el riesgo de desarrollar deterioro cognitivo o la enfermedad de Alzheimer. La investigación se realizó en 260 personas

con desarrollo cognitivo normal a las que se hizo un estudio de imagen mediante resonancia para medir el volumen de la sustancia gris cerebral y relacionarlo con el consumo de pescado en los últimos diez años. Un mayor consumo de pescado se asoció con un mayor volumen de la sustancia gris en diversas áreas cerebrales. Probablemente se debe a que los ácidos grasos omega 3 del pescado fortalecen las neuronas cerebrales.

En otro estudio (*Neurology*, 2011) se ha observado que las personas de edad avanzada con mayores concentraciones de ácidos grasos omega 3 en sangre tienen un mejor rendimiento en las pruebas de agudeza mental y menos signos asociados al deterioro cognitivo y a la enfermedad de Alzheimer. También se ha visto que la ingesta de "comida basura" produce el resultado opuesto.

La aterosclerosis que causa enfermedad coronaria también puede conducir a deficiencias cognitivas vasculares relacionadas con la edad

Una nueva declaración científica de las Asociaciones americanas del corazón y del ictus relaciona la aterosclerosis con deficiencia cognitiva vascular asociada a la edad. La aterosclerosis que causa enfermedad coronaria también puede conducir a deficiencias cognitivas vasculares relacionadas con la edad debido a la presencia de aterosclerosis cerebrovascular. Así, la enfermedad cerebrovascular y la enfermedad de Alzheimer pueden asociarse para causar deterioro cognitivo, y el trastorno mixto puede ser el tipo más común de demencia en personas mayores. En términos generales "lo que es malo para el corazón es malo para el cerebro". Por tanto, el tratamiento o la prevención de los factores de riesgo de enfermedad coronaria y cerebrovascular, también puede preservar la función cognitiva con la edad.



600.000 fumadores menos tras la nueva ley antitabaco

Según el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, durante el primer año de la entrada en vigor de la ley antitabaco se calcula que han abandonado el hábito de fumar 600.000 personas. Se estima que se ha conseguido una caída de un 10 por ciento de los ingresos hospitalarios por infarto de miocardio y la disminución en un 15 por ciento de los casos de asma infantil. El Comité señala que se precisa más ayuda para que la gente consiga dejar de fumar por lo que pide ayudas a la financiación de las terapias anti-tabáquicas comenzando por los pacientes crónicos con problemas respiratorios o con los que presentan un elevado riesgo cardiovascular.

Por otra parte los resultados del estudio Juventud y Tabaquismo,



realizado por la Fundación Pfizer, muestran que los jóvenes españoles empiezan a fumar en torno a los 14 años. Sin embargo, sus padres creen que lo hacen más tarde. Los expertos señalan que la prevención debe comenzar en la infancia. La tasa de consumo de tabaco en jóvenes es mayor en aquellos casos en los que fuma alguno de los padres.

Otra lacra contra la que es necesario luchar son los falsos mitos que han contribuido a que disminuya entre los jóvenes la percepción del riesgo de fumar. Por ejemplo, un 25 por ciento de jóvenes sigue pensando que fumar adelgaza o un 36 por ciento cree que el tabaco solo es malo si se consume durante muchos años seguidos. Sin embargo, comenzar a fumar a una edad temprana aumenta la posibilidad de tener una enfermedad cardiovascular en edades jóvenes.

La esperanza de vida en España sigue aumentando



La esperanza de vida de los españoles seguirá aumentando. Según el estudio Proyección de la Población de España 2011-2021, elaborado por el Instituto Nacional de Estadística, en 2020 la esperanza de vida superará los 80 años para ambos sexos. Las cifras se incrementarían en dos años en varones, pasando de 78,9 a 80,9 años, y en 1,5 en las mujeres, llegando de los 84,8 hasta los 86,3 años.

Disminuye la mortalidad por enfermedad coronaria...

La mortalidad por enfermedades coronarias en España ha descendido un 40 por ciento entre 1988 y 2005, debido a la mejora de los tratamientos y a un mayor control de los factores de riesgo como el colesterol y la hipertensión. Los fallecimientos por infarto agudo de miocardio descendieron un 47 por ciento, según un estudio publicado en la *Revista Española de Cardiología*.

Respecto a la prevención de los factores de riesgo, la disminución del número de personas con colesterol elevado ha reducido en un 31 por ciento las muertes por enfermedad coronaria, y un mejor control de la hipertensión un 9 por ciento. El porcentaje de fumadores ha disminuido entre los varones, pero ha aumentado en las mujeres. También ha mejorado el tratamiento de la fase aguda del infarto de miocardio, lo que ha supuesto una reducción de la mortalidad del 11 por ciento. Aunque estos datos suponen una considerable reducción de la mortalidad coronaria, no debemos olvidar que el número total de episodios coronarios no ha disminuido. Por tanto, se debe insistir en el control de todos los factores de riesgo para prevenir la aparición de la enfermedad coronaria.

...Y sigue siendo superior en las mujeres

Las enfermedades cardiovasculares provocan más de 65.000 muertes al año en mujeres, y superan en un 7,6 por ciento a las muertes masculinas por esta causa, según datos del Instituto Nacional de Estadística. Dicha patología presenta una incidencia, evolución y pronóstico distintos en función del sexo. Sin embargo, hasta hace pocos años ni la sociedad ni los médicos han asumido estas diferencias, con un perjuicio significativo para la mujer.

A partir de los 50 años, con la menopausia, la mujer pierde la protección de los estrógenos y aumenta la frecuencia de hipertensión e hipercolesterolemia entre otros factores de riesgo. Otro dato que agrava el pronóstico de las mujeres es que frente a los mismos síntomas de enfermedad cardiovascular, solo el 15 por ciento de las mujeres reciben un tratamiento adecuado, mientras que en los varones llega al 56 por ciento. Los síntomas de enfermedad coronaria en el varón son considerados como típicos. Sin embargo, la sintomatología en la mujer es habitualmente distinta a la del varón.

Beneficios de las estatinas a largo plazo

Las estatinas han constituido un importante descubrimiento para el tratamiento de las hipercolesterolemias por su eficacia y tolerancia. Nuevos datos respaldan la eficacia y seguridad de las estatinas en la prevención de la enfermedad cardiovascular a largo plazo. Así lo demuestran los resultados del estudio Heart Protection Study (HPS), realizado por investigadores de la Universidad de Oxford y que incluyó a 20.000 personas con enfermedad cardiovascular seguidas durante 11 años. Se les dividió en dos grupos, uno recibió simvastatina 40 mg diarios y otro placebo (sustancia que carece de acción terapéutica) durante cinco años. Los resultados mostraron que la reducción media de unos 40 mg/dl de coles-

terol-LDL disminuía la incidencia de infarto de miocardio, ictus y otras enfermedades vasculares en un 25 por ciento.

Una vez finalizado el estudio, los supervivientes fueron seguidos seis años más. Durante este tiempo se les animó a utilizar las estatinas hasta que logran niveles simila-



res de colesterol-LDL. Los resultados mostraron una reducción significativa en la frecuencia de ataques cardíacos y otras enfermedades cardiovasculares entre los asignados al inicio al grupo de simvastatina, a pesar de que durante el seguimiento el consumo había sido similar en ambos grupos. Además, durante los once años de seguimiento del estudio no se detectó una mayor incidencia de efectos adversos graves, ni de la frecuencia de cáncer o muertes por otras causas. Se deberían desechar los miedos al uso precoz y continuado de las estatinas en el manejo de la hipercolesterolemia y de la prevención cardiovascular.

The Lancet (2011)

Nuevos fármacos elevan el colesterol-HDL y reducen el colesterol-LDL

Datos epidemiológicos apoyan el papel del colesterol-HDL bajo como un importante factor de riesgo para la enfermedad cardiovascular. En pacientes de alto riesgo con enfermedad coronaria aguda, aquellos con niveles bajos de colesterol-HDL tienen casi tres veces más probabilidad de morir de un nuevo episodio coronario durante el seguimiento que los individuos con valores elevados.

Para conseguir elevar el colesterol-HDL se encuentran en desarrollo varios fármacos prometedores (anacetrapib, dalcetrapib y evacetrapib) que tienen en común que inhiben la proteína que transfiere esteres de colesterol entre las diferentes lipoproteínas conocida como CETP de sus siglas en inglés. Estos fármacos aumentan el colesterol-HDL desde un 30 por ciento hasta más de un 100 por ciento y

también pueden disminuir el colesterol-LDL hasta un 40 por ciento. En el congreso de la Sociedad Europea de Cardiología celebrado en París del 27 al 31 de agosto de 2011 se han presentado datos de estudios con dalcetrapib. En uno de ellos se ha observado un menor incremento en el área vascular aterosclerótica, en un periodo de 24 meses en pacientes con (o en riesgo de tener) enfermedad coronaria. Estos fármacos se suelen asociar a estatinas y los estudios clínicos iniciales han mostrado un buen perfil de seguridad sin efectos adversos. En la actualidad se encuentran en fases clínicas de desarrollo avanzadas y para comprobar sus iniciales efectos positivos necesitamos esperar a tener los resultados de un amplio estudio en pacientes con enfermedad coronaria.

Presentación de la Fundación Internacional de Hipercolesterolemia Familiar

El pasado 28 de noviembre de 2011 se presentó la "International Familial Hypercholesterolemia (FH) Foundation". Primero se denominó Heart EU y posteriormente InterChol. Con esta nueva denominación se clarifica su misión para centrarse específicamente en la hipercolesterolemia familiar. Tiene



como objetivo concienciar a la población, a los profesionales sanitarios y a los gobiernos para reducir los trágicos costes de los episodios cardíacos y la mortalidad prematura en los pacientes con HF. Desde su inicio la Fundación española de Hipercolesterolemia Familiar es miembro fundador. Para mayor información contactar con <http://www.fh-foundation.org/>

Recetas de Invierno

Crema de calabaza

Ingredientes

1 kg de calabaza, 500 g de patatas, 2 quesitos desnatados y 1 litro y cuarto de agua.

Preparación

Cortar la calabaza a trozos, pelar las patatas, cortar a dados y lavar todo muy bien. Poner en una cazuela a fuego medio con agua y una pizca de sal y dejar cocer 40 minutos. Después, añadir los quesitos desnatados y pasar por la batidora. Remover y dejar que repose. Servir bien caliente.

Utensilios

Cazuela y batidora.



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 bajo en colesterol y alto en fibra. Esta comida incluye 30 g de pan blanco (una pulga). Las recetas son para 4 raciones.

Raquel Arroyo Olivares
Dietista-Nutricionista
Fundación Hipercolesterolemia Familiar

Papillote de pavo

Ingredientes

1 pechuga de pavo, 1 puerro, 1 cebolla, 2 zanahorias, 1 pimiento rojo y 3 cucharadas de aceite de oliva.



Preparación

Cortar la pechuga de pavo en filetes muy finos y las verduras en juliana (tiras alargadas y finas). En una sartén con un poco de aceite, pochar la cebolla, el puerro, las zanahorias y el pimiento rojo. Poner las verduras a punto de sal. Escurrir y reservar el jugo que se ha obtenido de la cocción de las verduras. Precalentar el horno a 200 grados. Preparar 4 trozos de papel de horno o de aluminio (uno por cada comensal), colocar las verduras escurridas y los filetes de pavo, añadir el jugo de la cocción de las verduras. Doblar el papel y cerrar los laterales dos veces sobre sí mismo. Introducir los paquetes en el horno y retirar cuando se hinchen. Presentar el plato con el papel abierto por la mitad.

Utensilios

Sartén y horno.

Naranjas con hierbabuena

Ingredientes

4 naranjas grandes, 1 limón, aceite de oliva, canela en polvo y hierbabuena.

Preparación

Pelar las naranjas y quitar al máximo la piel blanca. En el plato que vaya a servirse cortar en rodajas, y rociar con el zumo de limón y un hilo de aceite de oliva. Por último espolvorear con hierba buena picada y fresca y con canela en polvo. Preparar una hora antes de servir y adornar con una hoja de hierbabuena.



Valor nutricional total del menú

(por ración)

Energía: 658 kcal

Proteínas: 26 g (16 %)

Hidratos de carbono: 84 g (54 %)

Grasas totales: 23 g (30 %)

Saturados: 3 g (4 %)

Monoinsaturados: 16 g (21 %)

Poliinsaturados: 3 g (4 %)

Colesterol: 51 mg

Fibra: 8 g

Sodio: 273 mg

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 de una embarazada

Tengo el diagnóstico genético positivo de hipercolesterolemia familiar y la cifra de colesterol de noviembre de 2011 es de 256 mg/dl. Estoy embarazada de siete semanas y he suspendido las estatinas desde que intenté quedarme embarazada hace año y medio. Solo tomo yogures contra el colesterol y me ha comentado la médica de familia que los yogures también interfieren en la asimilación de algunas vitaminas. ¿Qué pensáis vosotros? Me ha dicho que me deriva al especialista.

Esther Scola Fiz

Valladolid

En el embarazo suben los niveles de colesterol con y sin HF. Pero en su caso, aunque sí tiene hipercolesterolemia familiar (HF), se recomienda suspender la medicación contra el colesterol durante el embarazo y lactancia. Al tratarse de una situación transitoria, no pasaría nada por estar unos meses sin tratamiento, y menos en su caso en que sus niveles de colesterol son moderadamente elevados. Respecto a los yogures que toma, no hay estudios que avalen su eficacia y seguridad durante el embarazo, por lo que no se recomienda su consumo

Trato distinto en la misma familia

Somos una familia numerosa y al vivir en el medio rural, todos comentamos y conocemos nuestros problemas referidos al colesterol que nuestros abuelos, padres, tíos, hermanos y primos tenemos. Pero el tratamiento que seguimos algunos de nosotros tenemos que pagarlo y otros no. Algunos de los que viven en Valladolid no lo pagan, porque les han hecho la prueba genética, pero nosotros que vivimos en el pueblo y no nos la han he-

cho, sí tenemos que pagarla. La pregunta que nosotros nos hacemos, y con mayor motivo desde que ustedes nos han informado sobre este tema, es por qué perteneciendo a una familia en la que se constata que la hipercolesterolemia es de nacimiento, no todos podemos beneficiarnos de la misma prestación. Para hablarlo con los médicos que nos atienden nos gustaría que ustedes nos den una respuesta más amplia sobre este tema.

Ricardo Pérez Rodríguez

Valladolid

Desde la Fundación Hipercolesterolemia Familiar lamentamos que todavía haya familiares que por falta de información en su área sanitaria no se beneficien de la aportación reducida al tratamiento de la HF. Y así, hemos podido comprobarlo en las jornadas de León y Valladolid, como efectivamente ustedes indican en sus cartas. La falta de coordinación en las diferentes áreas sanitarias, podría ser la razón. Y en este sentido, creemos que la administración sanitaria de Castilla y León, que nos consta está muy interesada en avanzar con el plan genético de HF, así como en impartir formación a los profesionales sanitarios, tendría igualmente que asegurarse de que a todos los médicos les llegue la información sobre la aportación reducida, según se recoge en el Real Decreto 1348/2003 de 31 de octubre, que entró en vigor en enero de 2004 para las estatinas, y que incluye igualmente el Ezetrol, según queda regulado en el anexo III del Real Decreto 1348/2003, desde el 16 de mayo de 2009.

La importancia de la información

Les agradezco enormemente la información telefónica que nos han dado, desde

que contactaron con nosotros para invitarnos a participar el pasado mes de octubre en la jornada de detección del colesterol de León. Nos hablaron de muchas cosas, como la importancia de seguir unos hábitos de vida sanos, seguir la medicación de forma responsable para asegurarnos que el tratamiento sea eficaz, pero sobre todo les doy las gracias por darnos la posibilidad de contar también en la jornada con nuestros familiares más lejanos. Yo me desplazé expresamente durante un fin de semana a uno de los pueblos de la Ribera del Órbigo, que es en el área en donde viven mis tíos y primos para comentárselo y sé que casi todos estuvieron en la jornada.

Delia Rubio Gutiérrez

León

También desde la Fundación agradecemos el apoyo y entusiasmo con el que todos, mayores y más jóvenes, acudieron a la jornada, y sobre todo a usted y a su primo Antonio, que con su granito de arena consiguieron coordinar la acción en el pueblo y facilitarnos los nombres de los médicos del ambulatorio para que también ellos se mantengan informados sobre la evolución del tema a través de este boletín informativo.

Toma de conciencia

Muchas gracias por darnos la posibilidad de asistir a la jornada de León, en la que participé junto con mi madre y mis tías. Sabíamos que padecíamos este problema, pero quizás yo no lo había dado demasiada importancia. Fue el médico que en la jornada de detección me hizo la historia clínica y me identificó, según me comentó, signos visibles de HF, como el arco corneal. Tengo 56 años, fumo





y desde hace tiempo he dejado el tratamiento. Por no haberme cuidado antes, ahora me tienen que hacer una exploración vascular para conocer el estado de mis arterias. Por supuesto, voy a reiniciar el tratamiento, y quiero suprimir el tabaco. Espero que mi testimonio sirva para que otras personas tomen conciencia de la importancia de seguir el tratamiento médico y no fumen para evitar un infarto de miocardio.

Francisco González Sánchez

León

Casos como el suyo se suelen dar cuando realizamos este tipo de eventos, posiblemente porque al tratarse de una acción de participación familiar nos obliga a implicarnos más, sin darnos ningún tipo de tregua porque estamos convencidos que si queremos evitar el riesgo de sufrir la enfermedad coronaria debemos actuar ya. ¡Enhorabuena!

Problemas con los fármacos

Soy asociada de la Fundación. Tengo hipercolesterolemia familiar y sufrí un infarto con 48 años en el 2002. Hasta ahora mi medicación para la HF era Prevencor (atorvastatina) de 40 mg y ezetimiba de 10 mg. Me cambian a un genérico de atorvastatina, y mis valores de colesterol suben. Me cambian a otro genérico Mabo 80 (atorvastatina) y empiezo a sentir dolores musculares pero mejoro el LDL: 119 mg/dl. Ahora estoy tomando Crestor de 20 mg y Ezetimiba de 10, pero quisiera conocer su opinión sobre este medicamento y si está en aportación reducida. Gracias.

Agustina Cuesta Castañón

Gijón

El Crestor (rosuvastatina) es una estatina muy eficaz y segura para los pacientes con hipercolesterolemia familiar. En su caso el cambio se ha debido a sus problemas de intolerancia con la atorvastatina. Por ello, es correcto el

cambio a rosuvastatina, que por supuesto tiene aportación reducida al igual que las otras estatinas.

Aportación reducida con Muface

Deseo que mi testimonio positivo sirva para que otras familias que se encuentren en mi situación y pertenezcan a las aseguradoras dentro de Muface conozcan los trámites a seguir para conseguir la aportación reducida a las estatinas. Me enteré a través de la Fundación Hipercolesterolemia Familiar de la aprobación de la aportación reducida y de que Muface asumía los mismos derechos que el sistema sanitario público reconocía a los pacientes de HF. Pregunté en una de las sedes de Muface, donde me facilitaron un documento para llevar al cardiólogo o al internista, que son los especialistas facultados para acreditar que presento hipercolesterolemia familiar (HF). El cardiólogo en mi caso lo cumplimentó acreditando que tengo HF, y desde entonces presento cada seis meses el impreso y las recetas emitidas en la farmacia junto con las facturas, para que me hagan el reembolso de gastos que recibo en aproximadamente quince días.

Julio Moreno Herrero

Madrid

No sabe si tiene HF

Soy socio desde hace unos años de la Fundación Hipocolesterolemia Familiar y vivo en Madrid. El motivo de mi consulta es saber si estoy en el grupo de las personas con hipercolesterolemia familiar (HF) para ver la posibilidad de tener la aportación reducida de la medicación que estoy tomando, además, de saber cómo puedo hacerme un estudio genético que como he leído en sus boletines se está realizando en la comunidad de Madrid. Tengo 63 años y un peso adecuado para mi estatura. Desde hace ya bastantes años mis valores de colesterol total han llegado a superar los 300 mg/dl, el colesterol malo (LDL)

también ha superado los 200 mg/dl y los triglicéridos son normales. Por ello, estoy tomando estatinas desde hace muchos años. En este momento tomo atorvastatina 40 mg/día. También tengo la glucemia alta, que controlo con medicación. Después de sufrir unas molestias en el pecho en el 2001 me hicieron unas pruebas y detectaron una estenosis aórtica de grado leve, que con el paso de los años fue empeorando. Por tal motivo fui operado el 2011 del corazón, me colocaron una válvula mecánica, cuatro stents y un bypass coronario, lo que indicaba que aparte del mal funcionamiento de la válvula, las arterias coronarias también estaban muy dañadas. No tengo antecedentes claros de HF, aunque una de las dos únicas hermanas que tengo ha empezado a medicarse por tener los valores de colesterol altos.

Eusebio Nestares Menéndez

Madrid

De acuerdo con la normativa vigente (enero de 2004 para las estatinas, y mayo de 2009 para el ezetrol), la aportación reducida se da a los pacientes que cumplen criterios clínicos de certeza de HF (con o sin diagnóstico genético), pero esos criterios clínicos deben ser exigidos. En su caso, no se cumple la totalidad de los criterios clínicos para ser diagnosticado de HF, recibir la aportación reducida y solicitar el diagnóstico genético. Puede tratarse de otro tipo de hipercolesterolemia con agregación familiar. Estos criterios diagnósticos que la comunidad de Madrid exige son los mismos criterios exigidos en todo el país. La comunidad de Madrid está elaborando un plan de detección genética de la HF. Se está realizando un plan piloto con algunos hospitales de esta comunidad. En este plan piloto se solicita el diagnóstico genético en los casos que como anteriormente se ha indicado, cumplen los criterios clínicos exigidos, confirmando además que tienen familiares afectos, para hacerles igualmente el diagnóstico genético, o lo que es lo mismo, el diagnóstico en cascada familiar. Los médicos acreditados en Madrid son los internistas y endocrinólogos.

¿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 europea de HF: Intercol.

¿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, su página web (www.cholesterolfamiliar.com) y su centro virtual (www.centrovirtualcolesterol.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.

Socios protectores de la FHF



*Trabajando juntos
por un mundo más sano™*



genzyme
A SANOFI COMPANY

Jornada de la Fundación

Con el lema "Colesterol: vívelo en familia" la Fundación Hipercolesterolemia Familiar va a realizar una jornada festiva a finales del próximo mes de marzo en Madrid. La jornada está dirigida a las familias con hipercolesterolemia familiar (HF) y a todas las personas que tengan interés en el tema del colesterol y otros hábitos de vida saludables.

Está previsto realizar una marcha con recorridos de diferentes distancias para que todos los miembros de la familia desde niños a mayores puedan animarse a participar. También existirán diferentes stands informativos. En esta jornada que se realizará en domingo se pretende concienciar sobre los riesgos del colesterol elevado y cómo su control puede prevenir la enfermedad cardiovascular. Esta iniciativa también pretende fomentar una alimentación saludable y la práctica regular de ejercicio físico.

En las próximas semanas daremos más información de esta jornada en nuestra web www.colesterolfamiliar.com



Hágase socio

Ya saben que pueden desgravarse en la declaración de la renta, recuperando entre un 25-35 por ciento de su aportación. Sin embargo, es necesario que nos faciliten el número y la letra de su carnet de identidad (NIF), algo muy importante también para los asociados que ya forman parte de proyecto, pues si desconocemos este dato no podemos incluirlos en la relación que la Fundación envía al organismo indicado de acuerdo con la normativa vigente. No se olviden de comprobarlo. Y si prefieren llamarnos para comprobarlo, háganlo.

Consejo editorial

Pedro Mata (médico y Presidente Fundación HF), Rodrigo Alonso (médico), 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.