

## En este número...

- Salvar vidas, racionalizar el sistema de salud .....2
- Presentación del estudio SAFEHEART sobre HF .....3
- Nuevas jornadas de detección de familias con HF en Cataluña .....4 y 5
- Las organizaciones de pacientes reclaman su lugar .. .6
- El huevo, ese desconocido .....7
- La obesidad infantil, la epidemia que no cesa .....8



- La inactividad física causa tantas muertes como el tabaco .....8
- Reconocimiento a Castilla y León por el plan de detección de HF .....9
- Éxito del curso on-line de hiperlipemias familiares .....10
- El abandono del tabaco es beneficioso a cualquier edad ..10
- Noticias .....11
- Recetas de verano .....12
- Carta 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](http://www.colesterolfamiliar.com)  
e-mail: [info@colesterolfamiliar.com](mailto:info@colesterolfamiliar.com)  
Clasificada como fundación benéfico-asistencial  
Orden Ministerial de 28 de octubre de 1997



La Fundación Hipercolesterolemia Familiar acudió a Barcelona –entrada del parque Güell, en la foto– para llevar a cabo unas nuevas jornadas de detección de hipercolesterolemia familiar.

## La prevención de la HF, ejemplo de racionalización de recursos

Ante la crisis, racionalizar recursos. En una situación como la que vive España, con una situación económica que pone en peligro la pervivencia del sistema nacional de salud, urge optimizar los recursos disponibles. Ante el panorama actual, los planes de detección de la hipercolesterolemia familiar (HF) y, en general, la prevención cardiovascular, son un ejemplo de medicina preventiva que supone un enorme ahorro de los recursos, como demuestra el caso del personaje que hoy aparece en nuestra página 2: un hombre que no supo que tenía colesterol elevado hasta los 42 años y sufrió un infarto a los 44, con el consiguiente drama personal y familiar, y el enorme gasto en intervención y tratamiento para la administración sanitaria.

Este caso fue uno de los que acudieron a las jornadas que la Fundación Hipercolesterolemia Familiar ha venido desarrollando en los últimos meses en Cataluña (páginas 5 y 6). Las jornadas de detección por toda España son una de las actividades recurrentes de nuestra Fundación, que contribuyen al Estudio de seguimiento de familias con colesterol en el que están registradas ya 3.600 personas con una edad que varía de 18 a 79 años y que pertenecen a más de 630 familias (página 3). El trabajo de la Fundación rinde frutos, aunque no tanto como nos gustaría, pues por mucho que hayamos denunciado el distinto tratamiento que reciben pacientes con HF no dejamos de recibir quejas sobre la aportación reducida, como las que aparecen en nuestra sección de Cartas (páginas 13 y 14).

# Salvar vidas, racionalizar el sistema de salud

La persistencia de la crisis económica está poniendo en serios apuros a nuestro sistema sanitario. El resultado de las políticas de austeridad en la economía y en la sanidad es desolador. La salud es un derecho ciudadano universal y a la hora de hacer reformas en salud hay que tener un especial cuidado en cómo llevarlas a cabo y, antes de recortar prestaciones, habría que racionalizarlas. Aunque se necesitan reformas estructurales profundas, de acuerdo con economistas de la salud, para garantizar nuestro sistema sanitario en la actual coyuntura, también es necesario intervenir en la oferta de servicios y priorizar las prestaciones públicas más coste-efectivas, las que más salud y bienestar han demostrado ofrecer a la población.

Un ejemplo de cómo se puede priorizar en las prestaciones y además ahorrar vidas es la historia, repetida con demasiada frecuencia, del personaje con hipercolesterolemia familiar (HF) que presentamos en la columna de al lado de esta página. Antonio Hernández presentó su primer infarto de miocardio a los 44 años y nadie le había dicho que tenía una HF. Si analizamos su historia vemos el enorme gasto sanitario que se podría haber ahorrado con un correcto diagnóstico y prevención. Cada episodio de infarto de miocardio cuesta unos 6.000 euros y una angioplastia más de 1.500. Si añadimos la realización de los cateterismos, la colocación de un desfibrilador, las estancias hospitalarias y la necesidad de más medicación podemos deducir que solo el coste sanitario de no haber realizado una prevención eficaz en el caso que comentamos puede superar fácilmente los 30.000 euros. Teniendo en

cuenta el número de personas que tienen HF en España y la presencia de enfermedad coronaria (ver página 3) podemos calcular que con un adecuado diagnóstico y tratamiento de estas personas se puede ahorrar al menos 10 millones de euros al año. A este gasto sanitario hay que añadir el gasto económico por la pérdida de producti-

## La detección temprana de la HF, además de ahorrar vidas, sirve para ahorrar en el gasto sanitario en estos tiempos de crisis

vidad y el impacto personal y familiar de presentar un infarto de miocardio temprano que en muchos casos conduce a una muerte prematura. Sin prevención y promoción de la salud, la medicina asistencial tiene poco sentido. La detección temprana de la HF, además de ahorrar vidas, sirve también para ahorrar en el gasto sanitario en estos tiempos de profunda crisis.

Ahora todos tenemos que colaborar para tratar de hacer sostenible el sistema sanitario. Y se puede conseguir mediante una prevención adecuada y una correcta planificación, gestión y uso racional de los recursos sanitarios para su mejor distribución. Por esto es importante que también se escuche y se tenga en cuenta la experiencia de las organizaciones de pacientes que pueden ser de gran ayuda en la toma de decisiones.

### Personaje



**Antonio Hernández Romero**

56 años  
Terrasa (Barcelona)

Antonio presentó su primer infarto de miocardio a los 44 años y de nuevo padeció otro infarto dos años después. Hasta cuatro cateterismos demostraron obstrucciones generalizadas por aterosclerosis de sus arterias coronarias, motivo por el que precisó la realización de tres angioplastias con la colocación de cuatro stents (dispositivo para abrir la arteria obstruida).

Hasta los 42 años no supo que sus cifras de colesterol superaban los 400 mg/dl. En ese momento su médico le indicó tratamiento con fármacos, pero su trabajo de conductor con continuos viajes al extranjero le dificultó seguir un tratamiento regular. A partir de la presencia del primer infarto, sigue tratamiento con Atorvastatina, en la actualidad 80 mg. al día, y recientemente se ha añadido Ezetrol. También toma aspirina y enalapril.

Tiene numerosos antecedentes familiares de hipercolesterolemia familiar (HF), entre ellos su madre, siete hermanos y sobrinos. Aunque tiene tres hijos ninguno de ellos ha heredado la hipercolesterolemia. Dos hermanos también han presentado una enfermedad cardiovascular: su hermana con 46 años sufrió una cirugía en las arterias carótidas por aterosclerosis severa y a un hermano se le realizó una cirugía de *by-pass* coronario.

Antonio se mantiene delgado y realiza ejercicio físico, a lo que está habituado desde joven. También lleva una dieta saludable. Sigue sus revisiones médicas periódicamente y se encuentra bien, aunque recientemente por una arritmia (trastorno del ritmo cardiaco) se le ha colocado un desfibrilador. Junto con varios familiares ha participado en la jornada de detección de familias con HF que se llevó a cabo en Terrasa (ver páginas 4 y 5 de este boletín) y nos ha querido aportar su testimonio con la finalidad de evitar que otras personas con HF sufran su experiencia, ya que una detección precoz puede evitar la presencia de la enfermedad coronaria.

# Presentación del estudio SAFEHEART sobre HF

El pasado 17 de mayo se presentó en una rueda de prensa que tuvo una amplia repercusión el estudio SAFEHEART (acrónimo en inglés de estudio español de una cohorte de hipercolesterolemia familiar). Se trata de un trabajo pionero que integra, por primera vez, el diagnóstico genético y los criterios clínicos para establecer la detección precoz de la hipercolesterolemia familiar (HF). SAFEHEART es un estudio prospectivo a largo plazo y multicéntrico, de seguimiento de familias con diagnóstico genético de HF, que lo coordina la Fundación HF y se realiza en clínicas de lípidos de 25 hospitales de España. Además, existe un reservorio de muestras biológicas de esta población en el Instituto Catalán de Ciencias Cardiovasculares en Barcelona. Este estudio analizará la morbilidad y mortalidad cardiovascular y la mortalidad total junto con los factores pronósticos y los mecanismos que influyen en el desarrollo de la enfermedad coronaria. Además, es un modelo de investigación traslacional ya que integra la investigación básica y clínica con la práctica médica.

**En estos momentos el Estudio incluye 3.600 personas de entre 18 a 79 años, de más de 630 familias de toda España**

Según explicó el doctor Pedro Mata, presidente de la Fundación, nos encontramos ante el estudio más amplio y completo realizado hasta la fecha. "En estos momentos contamos con 3.600 personas con una edad media de 45 años que pertenecen a más de 630 familias implicadas en este estudio de seguimiento. Esperamos que a finales de este año podamos cerrar el reclutamiento con 3.900 o 4.000 pacientes, el máximo registrado hasta la actualidad en estudios

realizados sobre HF". Otro aspecto novedoso es que el grupo control lo forman los familiares que no padecen la HF. Este estudio es el resultado de una colaboración público-privada que comenzó en el año 2004, gracias a la Fundación en colaboración con el Instituto de Salud Carlos III, y el Centro Nacional de Investigación Cardiovascular (CNIC) y varias entidades privadas.



El porqué de un estudio de estas características se basa en que la HF es la causa genética más frecuente de infarto prematuro, que se manifiesta en general antes de los 60 años de edad. La esperanza de vida de las personas con HF no diagnosticadas es de 20 a 30 años menor que la del resto de la población.

Esto se traduciría en la pérdida potencial de dos millones de años de vida en España por lo que representa un importante problema de salud pública. La HF aparece desde el nacimiento, aunque con frecuencia no se detecta la enfermedad hasta la edad adulta. Esta patología hereditaria que se expresa con niveles muy altos de colesterol afecta a unas 100.000 personas en España, el 80 por ciento de las cuales no están diagnosticadas.

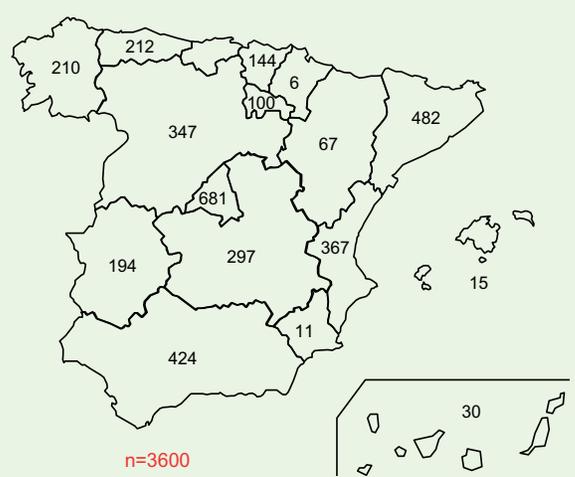
## Primeros resultados

Pese a que los primeros resultados importantes del estudio sobre morbilidad y mortalidad coronaria no saldrán a la luz hasta el 2014, ya hay datos preliminares que establecen que el riesgo relativo de enfermedad coronaria en los afectados de HF es nueve veces mayor que el del grupo control. Y el riesgo de mortalidad cuatro veces mayor. Otro de los hallazgos del estudio, es que a pesar de ser un trastorno hereditario uno de cada cuatro casos desconocía que padecía esta patología y uno de cada cinco no recibía tratamiento.

El doctor Mata concluyó que "en tiempos de crisis hay que priorizar los recursos, estamos ante un modelo de detección de una patología crónica con elevado riesgo cardiovascular prematuro que supone, además de un ahorro en vidas, un ahorro económico y sanitario evidente, ya que se trata de una enfermedad genética que se puede diagnosticar precozmente y tiene tratamiento".

## Casos incluidos en el estudio de seguimiento de familias con HF

Este estudio cuenta con fondos del CNIC (Centro Nacional de Investigación Cardiovascular), el Instituto de Salud Carlos III y la Fundación Hipercolesterolemia Familiar.



# Nuevas jornadas de detección de familias con HF en **Cataluña**

**La Fundación reúne a 122 personas en el hospital Bellvitge y a 104 en el Clínic, ambos en Barcelona, y a otras 102 en Terrasa**

Durante el último fin de semana del mes de febrero, los días 25 y 26, la Fundación Hipercolesterolemia Familiar se trasladó a Barcelona para llevar a cabo la Jornada de detección genética de nuevos casos de hipercolesterolemia familiar (HF) en el Hospital de Bellvitge, con la colaboración de la Unidad de Riesgo Cardiovascular que dirigen el doctor Xavier Pinto y la doctora Rosaura Figuera, y con la participación de las familias, que acudieron a la cita para contribuir con su apoyo a un mejor conocimiento de la HF. Durante la mañana del sábado y domingo se estudiaron 117 adultos y 5 niños.

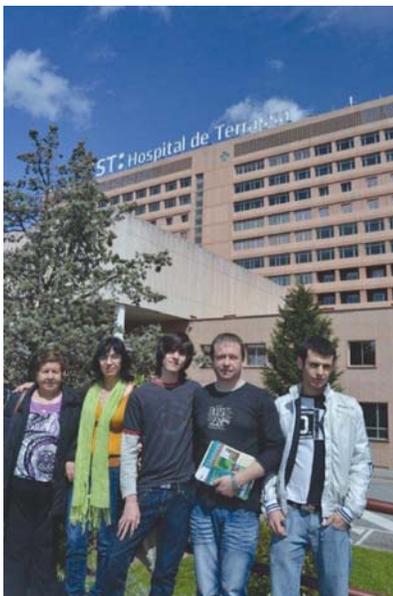
La dispersión geográfica de algunas familias no favoreció el encuentro de todo el grupo familiar, pero en el caso de

la familia Bolarín, Mercedes, a pesar de vivir en Asturias, sí consiguió acudir con sus familiares de Barcelona. Su otra hermana Elisabeth, y su madre, que viven en Murcia, también tenían confirmada la cita, sin embargo, la angina de pecho que unos días antes sufrió su madre, M.<sup>a</sup> Soledad, les impidió estar. “Buscaremos entre todos un próximo encuentro para que toda la familia al completo formemos parte del estudio de seguimiento”, nos decían. Y es que todos compartimos la idea de que la investigación en el conocimiento de la HF nos llevará a una mejor prevención. “Es muy triste que, sin síntomas aparentes, el infarto nos llegue por sorpresa”, nos decía Montserrat Sandoval, que perdió a su hijo de un infarto a los 28 años.

“Todos queremos saber más acerca de este trastorno genético”, nos decía Ana M.<sup>a</sup> Sandoval, que con 44 años ya ha sufrido un infarto. Su hermana Montserrat nos ofrecía



**Ante tantas trabas por parte del sistema, y en medio de la crisis económica, hay familias que acaban suspendiendo el tratamiento**





todo su apoyo y contagiaba solidaridad durante la mañana de la jornada, cuando a primera hora coincidían varias familias en la sala de extracciones. También las familias que aún no han conseguido la aportación reducida nos pedían apoyo. Sigue habiendo falta de información y descoordinación entre las diferentes áreas asistenciales. Este hecho repercute en el desánimo de las familias que ante tantas trabas por parte del sistema, unido a la situación actual de dificultades económicas, acaban suspendiendo los tratamientos en muchos casos.

### Entusiasmo en Terrassa

La segunda Jornada de Identificación y seguimiento de nuevos casos de HF en Cataluña se realizó en el hospital de Terrassa. El fin de semana de los días 21 y 22 de abril, el equipo de la Fundación, en colaboración con el servicio de Medicina Interna que dirige la doctora Marta Mauri Pont, citó en el centro a los familiares de aquellos casos con resultado positivo de HF. Y en total se estudiaron 102 casos.

Una vez más, hay que destacar el entusiasmo y apoyo de algunas de las familias participantes, entre ellas la familia Hernández, bastante numerosa, y que a pesar de vivir en diferentes áreas sanitarias, se desplazó al hospital de Terrassa para participar en el estudio de seguimiento. Todos deseaban tener más información para prevenir el infarto de miocardio que algunos de ellos

han sufrido antes de los 45 años. El sábado día 21 a las 8 de la mañana ya nos esperaba un buen grupo de madrugadores, que además de acudir a la jornada querían seguir sus planes de fin de semana. Otras familias en cambio, han preferido llegar sin prisas y exponer en la visita médica todas sus dudas respecto a la dieta y al tratamiento farmacológico, tanto en los adultos como en los niños.

## Siguen apareciendo casos de personas afectas de HF que desconocen que tienen derecho a la aportación reducida

### Casos de tres generaciones

El equipo de la Fundación, con la colaboración de la Unidad de Lípidos del hospital Clínic, dirigida por el doctor Daniel Zambón, llevó a cabo la tercera jornada de detección genética de HF en Cataluña el fin de semana del 9 y 10 de Junio, en la que se estudiaron 100 adultos y 4 niños. La cercanía y la solidaridad fueron las notas dominantes de la jornada, esenciales para que todos nos sintiéramos más participativos. También los más pequeños, acompañando a sus abuelos. Y es que en varios grupos familiares contamos con tres generaciones.

La clave para llegar al mayor número de familiares posible es contar con el entusiasmo y solidaridad de determinados familiares, como en el caso de Antonia Jiménez, que desde el primer momento no escatimó esfuerzos para llegar a sus hijos Miguel, Teresa, Mónica, y su nieto Albert, así como a sus hermanos y sobrinos. Ella comentaba que "todo lo que podamos hacer es poco, con tal de avanzar en el conocimiento de esta enfermedad que se cobró la vida de mi hermano Francisco a los 57 años, después de haber sido intervenido de triple bypass coronario a los 42". Son los mayores los que a veces consiguen sensibilizar un poco más a sus nietos sobre la importancia del control de la HF, de abandonar el tabaco y mejorar sus hábitos de vida.

Aún queda mucho por hacer en el campo de la HF, porque falta información, como hemos comprobado con los hermanos Gómez Montes, que no se benefician de la aportación reducida. Estamos seguros de que no solamente el fin de semana en que tiene lugar la jornada, sino durante las múltiples conversaciones e intercambio de información que conlleva su organización se aclaran dudas, se pierde el miedo a preguntar, y así, al sentirse más involucrados, todos llevan un mayor seguimiento y control de la HF, que es otro de los objetivos que se persiguen desde la Fundación.

# Las organizaciones de pacientes reclaman su lugar

Las organizaciones de pacientes, con otros grupos que componen la Alianza General de Pacientes (AGP), en su asamblea del pasado 4 de julio en Madrid aprobaron por unanimidad el documento que se presentará al parlamento con el objetivo de promover una proposición no de ley para que los pacientes tengan “voz” en los órganos de decisión y cuenten con regulación propia. Solo así, los derechos de los pacientes, que desde la propia administración son utilizados como indicadores de una nueva realidad social, podrán tener su propio espacio para ser incluidos en la Ley Básica de Autonomía del Paciente y en la Ley de Cohesión y Calidad Sanitaria de los años 2002 y 2003, en las que se abren cauces de participación social.

Desde la Fundación Hipercolesterolemia Familiar apoyamos esta iniciativa. Y es que en estos momentos de dificultades económicas es más necesario que nunca contar con los pacientes en la toma de decisiones, que siempre van a contribuir a la racionalización y sostenibilidad del sistema. Cuesta entender que siendo la participación social un logro de la Ley de Cohesión y Calidad no se haya impulsado aún su funcionamiento. Por tanto, ha llegado el momento de dar los pasos necesarios para que los pacientes asienten sus derechos sobre una base legal, y sean interlocutores válidos en los planes de salud.

En el caso de nuestra Fundación, hemos desarrollado estrategias conjuntamente con la administración que ya han dado algunos frutos. Y esto nos reafirma en la idea de que el compromiso y la responsabilidad social que caracteriza a las organizaciones de pacientes supone para la administración una alianza constructiva en la mejora de la salud y un importante aho-

rro sanitario, basado en priorizar las necesidades y promover políticas de prevención. La Ley de Cohesión y Calidad Sanitaria todavía no ha echado a andar. Y los pacientes con HF también sufren su vacío legal. De acuerdo con el testimonio de muchos de ellos, al tratarse la HF de un trastorno genético que afecta al grupo familiar, cada vez que se trasladan de una comunidad a otra sufren la desigualdad y las diferencias burocráticas en los procedimientos, tanto para acreditar su enfermedad como para conseguir los fármacos de aportación reducida, que en muchos casos les obliga a interrumpir los tratamientos. Por esto, instamos a la administración sanitaria para que tenga en cuenta a los pacientes como socios necesarios en la toma de decisiones y les proporcionen su propio espacio legal en las leyes existentes para que su voz consiga finalmente ser oída.

## Los pacientes, claves en la investigación

Durante estos últimos años todas las voces se alzan en favor del paciente activo, hecho que la Fundación comparte e impulsa. Y es que nadie mejor que aquellas personas que sufren su propia enfermedad y conocen su control puede decidir sobre su propia salud. Sin embargo, no todos los pacientes pueden ser activos, porque no todos están informados. Y es ahí donde las organizaciones de pacientes tienen una importante tarea por desarrollar. Nuestra Fundación está dirigiendo una gran parte de sus limitados recursos a concienciar y sensibilizar a las familias con HF sobre la importancia del diagnóstico precoz, para instaurar cuanto antes hábitos de vida saludables, que en el caso de los niños conservarán en la vida adulta.

A través de la web y del boletín, la Fundación desarrolla su tarea divulgativa, dirigiendo sus mensajes a las familias afectas, a los profesionales de la salud y a todos aquellos actores del sistema con los que compartimos un mismo objetivo, que es la mejora de la salud. Sin embargo, para que los avances médicos lleguen al paciente con rapidez, necesitamos que la administración sanitaria impulse redes temáticas que ayudarán a los pacientes a entender mejor que su participación activa tiene sentido. También debemos conocer la importancia de los ensayos clínicos que la industria farmacéutica desarrolla con la participación del médico y el paciente, porque solo así los pacientes podrán beneficiarse de mejores tratamientos.

Una vez que conocemos la repercusión del progreso médico en favor de nuestra salud, estamos mejor dispuestos a involucrarnos en estos programas o estudios de seguimiento. Y así lo entienden los más de 3.500 pacientes con HF, que participan en el estudio de familias que la Fundación desarrolla. Atrás debe quedar la expresión “conejiños de indias”, tantas veces pronunciada por los pacientes para expresar lo que ahora es “participación activa” desde el conocimiento y la responsabilidad.

Todos sabemos que vivimos momentos de revolución informativa y científica. Y si queremos beneficiarnos del progreso científico debemos de cambiar nuestro enfoque, participando desde el conocimiento y el convencimiento, de que nuestra presencia en los estudios va a contribuir al progreso médico, pero principalmente en beneficio de la mejora de nuestra propia salud. Y esto se consigue siendo paciente activo.

# El huevo, ese desconocido

El huevo es el alimento con mayor densidad de nutrientes de entre los que habitualmente consumimos y es especialmente rico en proteínas de alto valor biológico.

Además, la calidad de la grasa presente en el huevo es buena pues el contenido de ácidos grasos monoinsaturados y poliinsaturados supera ampliamente al de grasa saturada. Y contiene ácidos grasos Omega-3, que han demostrado efectos beneficiosos sobre la salud. También contiene vitaminas y minerales: vitamina A, vitamina E, ácido fólico, vitamina B12, fósforo, hierro, cinc y selenio entre otros. Esta alta concentración de nutrientes va acompañada de un bajo aporte calórico (dos huevos aportan unas 140 kcal) lo que pone de manifiesto la importancia de su consumo, no solo en la dieta de la población en general, sino sobre todo en la de algunos grupos con necesidades alimentarias específicas como niños, adolescentes, embarazadas, ancianos y personas que realizan dietas bajas en calorías.

El huevo tiene poca influencia en el aumento de colesterol sanguíneo. Al contrario de lo que se ha pensado siempre, su consumo no está ligado a un aumento importante de colesterol. Los principales responsables dietéticos del aumento de colesterol en sangre (y en particular del colesterol perjudicial, el c-LDL) son las grasas saturadas y las parcialmente hidrogenadas (también llamadas ácidos grasos trans). Por ello, restringir el consumo de este tipo de grasas es más beneficioso para el perfil lipídico sanguíneo que reducir el colesterol de la dieta. La yema de un huevo contiene unos 200 mg de colesterol, pero tiene más grasas insaturadas que saturadas. Estas evidencias científicas nos permiten desterrar el infundado mito de que la ingesta moderada de huevos aumenta el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.

Otros compuestos de la yema de huevo son la luteína y zeaxantina, dos pigmentos de la

- Los huevos son muy nutritivos y saludables
- Tienen poca influencia en el aumento de colesterol sanguíneo
- Ayudan a controlar el peso
- Previenen el deterioro macular y mejoran la memoria

familia de los carotenoides. Actúan como antioxidantes que se depositan en el ojo y se ha demostrado que lo protegen de las cataratas y de la degeneración macular, causas frecuentes de ceguera en edades avanzadas. El huevo también contiene colina, un nutriente esencial para el desarrollo normal del cerebro, que contribuye a mejorar la memoria.

En resumen, el huevo juega un papel importante en la dieta.

Además de su valor nutritivo, de ser culinariamente muy versátil y fácil de preparar, es barato. Las recomendaciones para el consumo de huevo son de hasta 7 huevos enteros a la semana para la población general y 3-4 huevos enteros a la semana en personas con el colesterol alto, aunque también pueden consumir más claras.

## Alimentos para reducir el colesterol

Un estudio americano ha comparado los efectos sobre el colesterol de una dieta baja en grasas saturadas y rica en cereales integrales, frutas y verduras (la recomendada para controlar el colesterol), con una dieta que enfatiza el consumo de alimentos reconocidos por la Agencia de Alimentos estadounidense como reductores del colesterol y beneficiosos para la salud del corazón.

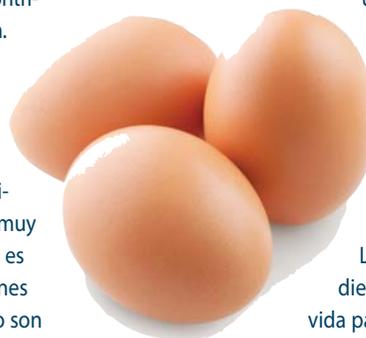
Los alimentos seleccionados para el estudio y que disminuyeron el colesterol en

mayor medida forman parte del grupo de alimentos de origen vegetal, pero siempre se deben consumir en el contexto de la denominada dieta cardiosaludable. Algunos de ellos son naturales, mientras que otros son alimentos con su composición original modificada. Ambos pueden considerarse como alimentos funcionales, definidos como alimentos que han demostrado beneficios para el organismo, más allá de los efectos nutricionales. En este caso ayudan a reducir el colesterol. El citado estudio escogió como alimentos no modificados los frutos secos, la bebida de soja, así como el pan y cereales de avena y cebada para aportar fibras solubles. El

único alimento modificado fue la margarina enriquecida con esteroides. También se aconsejó a los participantes el consumo de legumbres.

Las recomendaciones dietéticas y de estilo de vida para reducir el riesgo cardiovascular se centra en mantener un peso saludable y evitar la obesidad, consumir una dieta rica en hortalizas y frutas, escoger alimentos integrales y ricos en fibras como las legumbres, consumir pescado (sobre todo azul) dos veces por semana y limitar la ingesta de grasas saturadas, grasas trans y colesterol, cosa que se consigue con el consumo de carnes magras y alternativas proteicas vegetales, lácteos desnatados y bajos en grasa y minimizar la ingesta de grasas parcialmente hidrogenadas (bollería, patatas chips y alimentos precocinados). Además, se aconseja disminuir la ingesta de bebidas y alimentos con azúcares añadidos y escoger y preparar alimentos con poca sal.

JAMA, 2012



# La obesidad infantil, la epidemia que no cesa

La epidemia de obesidad infantil que sufre Europa no se ha detenido. Y en España cerca del 30 por ciento de los menores entre 3 y 12 años tiene exceso de peso. Por tanto, debe realizarse una prevención, de modo que todos los niños puedan aprender a vivir de manera saludable. En el estudio de identificación y prevención de los efectos de la alimentación y del estilo de vida sobre la salud se realizó una encuesta en más de 16.000 niños de edades comprendidas entre los 2 y los 9 años, de ocho países europeos. Tras la encuesta se realizó una intervención específica y una encuesta de seguimiento de estos mismos niños con

el fin de determinar el efecto en los cambios en la alimentación y en el estilo de vida sobre el peso corporal y otros parámetros sanitarios. Las actividades de la intervención se centraron en varios mensajes claves sobre la dieta (estimular el consumo diario de fruta y verdura), el ejercicio físico (reducir la cantidad de tiempo invertido en ver la televisión y estimular el ejercicio físico diario) y el estrés y la superación de los problemas (pasar más tiempo con la familia y asegurar una duración adecuada del sueño), con la finalidad de promover estilos de vida más saludables tanto en los niños como en sus progenitores.

Los niños con sobrepeso u obesidad y en especial las niñas, tenían una mayor preferencia por los alimentos con grasas o azúcares añadidos. Y también, los niños que veían más televisión tomaban más alimentos con elevado contenido en grasas y azúcares. También se halló que los niveles de ejercicio físico se ven influidos por el grado de facilidad con que los niños son capaces de moverse por su entorno o las cercanías. Esto indica la importancia de una planificación urbanística de entornos saludables para los niños. De los resultados iniciales se obtiene que es posible reducir la actual tendencia al alza de la obesidad en los niños. Los cambios hacia un estilo de vida saludable deben apoyarse en entornos saludables. Por este motivo es necesario que todas las partes interesadas (profesionales sanitarios, responsables políticos, empresas de alimentación y consumidores) colaboren para realizar intervenciones encaminadas a la prevención de la obesidad y de la mala salud en Europa.

*Fuente: EUFIC (Consejo Europeo de Información sobre la Alimentación)*

## Lecciones aprendidas

En el estudio ya se han realizado algunos hallazgos importantes, como que uno de cada cinco niños europeos padece sobrepeso u obesidad, y que la prevalencia más alta se da en los países del sur de Europa. El sobrepeso y la obesidad infantil estaban relacionados con lo siguiente:

- Falta de horas de sueño (dormir menos de 11 horas cada noche).

- Falta de suficiente ejercicio físico (menos de los 60 minutos recomendados por día).
- Exceso de horas (más de 14 a la semana) dedicadas a ver la televisión y otras actividades sedentarias.
- Determinadas estructuras familiares (ingresos bajos, nivel educativo bajo, progenitores inmigrantes o que padecen sobrepeso u obesidad).

## La inactividad física causa tantas muertes como el tabaco

La prevención para casi todos los males no se consigue con pastillas, sino con hábitos de vida saludable y especialmente con la realización de ejercicio a diario. Para que el mensaje llegue a la población se hace una comparación con otro de los hábitos nocivos más frecuentes: el tabaquismo. Y la conclusión es que el sedentarismo causa en el mundo al año tantas muertes como el fumar. En concreto, 5,3 millones al año. Esto representa una décima parte de las muertes por enfermedades cardiovasculares, diabetes o cáncer. Los trabajos se basan en datos de 122 países. La inactividad física es, en términos absolutos, algo más mortal que el tabaquismo. Aunque proporcionalmente fumar es peor, porque lo hace menos gente: aproximadamente

el 26% de la población mundial, mientras que los inactivos ascienden al 30%. El cálculo del efecto de la inactividad física se hace teniendo en cuenta las enfermedades que se sabe que se agravan por no hacer ejercicio. O las que mejoran por hacerlo. De una manera resumida son la enfermedad coronaria, la hipertensión, la obesidad, la diabetes tipo 2, la depresión y las caídas. Pero también se ha visto que hay una relación con dos de los cánceres más frecuentes: el de mama y el de colon. En resumen, los autores consideran que la inactividad causa el 6% de las enfermedades coronarias, el 7% de la diabetes tipo 2, el 10% del cáncer de mama, el 10% del cáncer de pulmón y el 9% de las muertes prematuras.

El efecto de la inactividad física varía según las distintas regiones del mundo. En líneas generales, el 35% de la población europea no hace el suficiente ejercicio; en América y Oriente Próximo la proporción llega al 43%; el 27% de la población africana y el 17% en el sureste asiático. Las mujeres son, en general, menos activas que los hombres (34% frente al 28%). Aunque recomendar soluciones no sea fácil, el consejo es hacer unos 150 minutos semanales de paseo o ciclismo suave. Esto se puede traducir en intentar caminar a buen paso media hora al día. En los niños, la cantidad recomendada es mayor.

*The Lancet, 2012*

# Noticias • Noticias • Noticias • Noticias

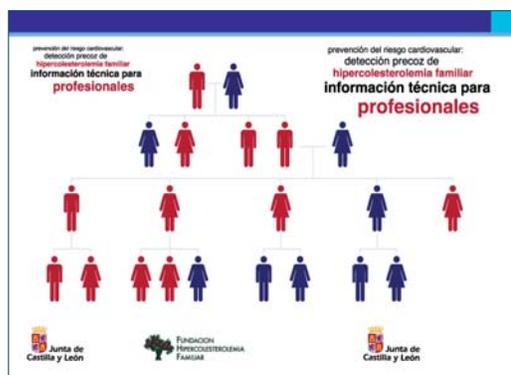
## Reconocimiento a Castilla y León por el plan de detección de HF

La Alianza General de Pacientes, formada por 18 asociaciones de pacientes (entre ellas la Fundación Hipercolesterolemia Familiar) y grupos de profesionales sanitarios, aprovechó la celebración de su IV Asamblea General el pasado 4 de julio en Madrid para aprobar la línea estratégica de los próximos años y entregar los galardones de reconocimiento del año 2012.

Antonio María Sáez Aguado, consejero de Sanidad de Castilla y León, fue galardonado

con "la medalla de los pacientes" en reconocimiento al programa de detección precoz de la hipercolesterolemia familiar (HF) desarrollado en colaboración con la Fundación Hipercolesterolemia Familiar. Este programa pionero a nivel mundial de detección genética de la HF comenzó en el 2009 con la participación tanto del médico especialista hospitalario como del médico de atención primaria. La participación de

este último ha propiciado que el diagnóstico del paciente y sus familiares pueda realizarse en los centros de salud sin tener que desplazarse los pacientes a un centro hospitalario. Además, se ha puesto en marcha un programa on-line de formación continuada para los médicos en las hipercolesterolemias familiares que también contribuirá a detectar otras Hiperlipemias Familiares. En la actualidad se han detectado en Castilla y León cerca de 1.000 personas con HF y aproximadamente la mitad de los diagnósticos se han realizado desde la atención primaria. Esta detección precoz de niños y adultos servirá mediante un tratamiento adecuado para prevenir el elevado riesgo de enfermedad coronaria prematura que presentan estas personas (ver personaje de este boletín). Este programa de detección con la participación del médico de atención primaria está siendo seguido con atención por otros países y debería ser el modelo para una futura estrategia nacional de detección de la HF en España.



## Acuerdo de colaboración

La Fundación Hipercolesterolemia Familiar y la Fundación Jesús Serra del grupo asegurador Catalana de Occidente han formalizado un acuerdo de colaboración para el patrocinio de un número de test genéticos que la Fundación Hipercolesterolemia Familiar lleva a cabo en las jornadas de detección genética de familias que se desarrollan en distintas localidades de España. El objetivo de estas jornadas es identificar a las personas y familias que tienen hipercolesterolemia familiar con el fin de facilitar su tratamiento y prevenir el desarrollo de la enfermedad cardiovascular prematura. Gracias a esta colaboración, durante el año 2012, se ha diagnosticado a unas 150 personas en las últimas dos jornadas de detección de familias realizadas en Cataluña. Como resultado de estas jornadas que se vienen realizando desde 2008 ya se han identificado a más de 3.500 personas pertenecientes a unas 630 familias.



El doctor Pedro Mata, presidente de la Fundación Hipercolesterolemia Familiar y Federico Halpern, presidente de la Fundación Jesús Serra durante la firma del convenio de colaboración.

# Éxito del curso on-line de hiperlipemias familiares

Una encuesta reciente concluyó que el 69 por ciento de los médicos que ejercen en el sistema nacional de salud dedican a su formación continuada cinco o más horas semanales de su tiempo libre. Los sindicatos médicos piden que este tiempo compute como parte de la jornada laboral del médico.

Para ayudar a la formación médica la Fundación Hipercolesterolemia Familiar, con el patrocinio de la Fundación AstraZeneca, ha puesto en marcha durante los meses de febrero a junio de 2012 la primera edición gratuita del curso on-line "Actualización clínica en el diagnóstico y tratamiento de las hiperlipemias familiares". El objetivo general del curso es facilitar las herramientas clínicas necesarias

para el diagnóstico y adecuado tratamiento de los pacientes con una hiperlipemia familiar de base genética que tienen un elevado riesgo cardiovascular. Para ello, se desarrolló una plataforma e-learning donde los alumnos podían acceder a los distintos capítulos del curso realizados por especialistas nacionales e internacionales, así como a foros de consultas, debates y novedades con el fin de hacerlo más interactivo y participativo.

Esta primera edición del curso fue seguida por 317 médicos, 191 de atención primaria y 126 de atención especializada de todas las comunidades autónomas de forma muy interactiva y participativa. La valoración global del curso por parte de los alumnos ha sido muy positiva. Más del 90 por ciento consideró que el contenido y la utilidad práctica del curso fue buena o excelente y también más del 90 por ciento afirmaron haber conseguido los objetivos de formación del curso.



Debido al excelente resultado de esta primera versión, se realizará una edición para Castilla y León a partir del mes de septiembre, en colaboración con la consejería de Sanidad, y posteriormente se realizará una segunda edición del curso para médicos de toda España a partir de enero del 2013.

## El abandono del tabaco es beneficioso a cualquier edad

El tabaco es un factor de riesgo de muerte prematura. Sin embargo, la mayoría de los estudios que lo han demostrado se refieren a los adultos de edad media. Un reciente estudio ha analizado numerosos trabajos realizados en personas de 60 o más años. Y se observó que la mortalidad permaneció

aumentada hasta edades elevadas. Además, se observó una relación dosis-respuesta entre la cantidad de cigarrillos consumidos y la mortalidad prematura. Los exfumadores tenían una mayor mortalidad que los no fumadores, pero el exceso de mortalidad claramente disminuyó según el tiempo de



Una guía fácil para que los profesionales sanitarios ayuden a dejar de fumar a sus pacientes se resume en los siguientes pasos:

- 1) Preguntar si se es fumador.
- 2) Avisar a sus pacientes fumadores diciéndoles que "si continúa fumando su probabilidad de morir de enfermedades inducidas por el tabaco (tales como cáncer, enfermedad coronaria, ictus y enfermedades respiratorias) es del 50 por ciento (67 por ciento para las personas jóvenes y 40 por ciento para las personas mayores)".
- 3) Aconsejar que "si deja el tabaco ahora, su riesgo se verá reducido (25 por ciento en las personas mayores y mucho más en las personas menores de 40 años)". Estos consejos tomarán menos de 1 minuto.
- 4) Referir a una clínica especializada o a una web de ayuda.
- 5) Realizar estos consejos de nuevo hasta que abandonen el tabaco.

abandono. Los beneficios de dejar el tabaco fueron evidentes en todos los grupos de edad, incluidos los mayores de 80 años. En resumen, cuanto más tiempo pase desde el abandono del tabaco, mayor es la disminución del riesgo de mortalidad relativa. Este hecho es una llamada para la realización de programas efectivos de suspensión del tabaco.

Quien ha ayudado a que dos fumadores abandonen el tabaco ha salvado, al menos, una vida.

*Arch Intern Med*, 2012

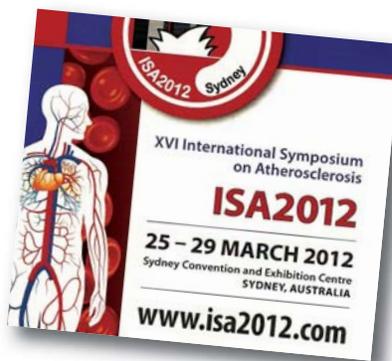
## La Fundación, en el Simposio Internacional de Aterosclerosis

Durante la realización del XVI Simposio Internacional de Aterosclerosis celebrado en Sydney, del 25 al 29 de marzo, el doctor Rodrigo Alonso presentó el modelo español de detección de la Hipercolesterolemia Familiar (HF), seguido por la fundación HF, así como los logros conseguidos con la realización de la cascada familiar con el fin de promover el diagnóstico y tratamiento precoz para evitar la enfermedad cardiovascular.

En una sesión dedicada a la HF, se presentaron las realidades del diagnóstico de la HF en distintos países del mundo. Se hizo hincapié en la importancia que ha tenido la Fundación HF en España para la conse-

cución de objetivos tan importantes como la aportación reducida al tratamiento crónico de los fármacos hipolipemiantes y al desarrollo de distintos planes o programas de detección en colaboración con las comunidades autónomas como Castilla y León y Madrid, donde funcionan desde hace más de dos años con evidentes logros. Además, se resaltó la importancia de la formación de los médicos de

atención primaria ya que es a donde llegan la mayoría de los pacientes con HF. Por ello la Fundación ha desarrollado un curso de formación on-line y material de divulgación para su conocimiento. La importancia de la formación médica continuada fue también resaltada por otros participantes como vehículo fundamental para la formación del primer nivel asistencial en el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes.



## Nuevo fármaco para reducir el colesterol

Desde finales del 2011 se dispone en España de un nuevo fármaco para reducir los niveles de colesterol conocido como Colesevelam (Cholesta-gel). Por su modo de acción es un fármaco similar a las resinas, pero tiene una estructura química novedosa que le confiere una mayor potencia y especificidad en la unión y bloqueo de los ácidos biliares con menor interacción con otros fármacos. Y sobre todo, su mejor palatabilidad y la presentación en comprimidos facilitan que su toma sea más fácil con lo que se mejora la adherencia al tratamiento.

En monoterapia, Colesevelam proporciona reducciones de colesterol-LDL del 15-20 por ciento y en combinación con estatinas y según la dosis, reducciones adicionales de hasta 16 por ciento. Esta indicado en la HF, en pacientes intolerantes a las estatinas o que no toleran otras resinas y en los pacientes con HF que a pesar de un tratamiento intensivo con estatinas y ezetimibe no alcanzan los objetivos en colesterol-LDL. Una buena noticia en estos tiempos es que tiene aportación reducida para los pacientes con HF. En Estados Unidos está aceptado a partir de los 10 años de edad, mientras que en Europa se recomienda su uso con precaución en este grupo de edad.

## Detección de la aterosclerosis subclínica en la HF

Un trabajo reciente realizado en España con un grupo de pacientes con HF sin evidencia clínica de enfermedad cardiovascular ha demostrado que el 94 por ciento ya presenta lesiones de aterosclerosis. El estudio se realizó en un subgrupo de 36 personas (18 mujeres) con una edad media de 46 años pertenecientes al estudio de seguimiento de familias (SAFEHEART) que se comparó con un grupo de personas sin HF. En ambos grupos se utilizaron dos métodos no invasivos para medir la presencia de aterosclerosis: la resonancia magnética (RM) en la aorta torácica y el eco-doppler de carótida. La RM detectó placas en el 94 por ciento y la ecografía de carótida en el 14 por ciento de los casos con HF. Las placas ricas en colesterol solo se observaron en los casos con HF (33 por ciento) y se asociaron con la historia familiar de enfermedad coronaria prematura. Este estudio pone de manifiesto la presencia de aterosclerosis prematura en pacientes relativamente jóvenes con HF y apoya la importancia de un diagnóstico y un tratamiento precoz para evitar la carga de enfermedad cardiovascular prematura.

*Atherosclerosis*, 2012



# Recetas de verano

## Gazpacho andaluz

### Ingredientes

4 tomates maduros, 1 pimiento verde, ½ pimiento rojo, ½ pepino, ½ diente de ajo, un trozo de pan duro, aceite de oliva y vinagre.

### Preparación

Meter los tomates, el pimiento verde, el pimiento rojo, el pepino, el ajo y el pan (una vez remojado en agua) en un recipiente y triturar con la batidora hasta obtener una mezcla homogénea. Salpimentar y aliñar con aceite de oliva y vinagre balsámico al gusto. Enfriar en el frigorífico durante 30 minutos. Este plato admite multitud de variaciones. Por ejemplo, podemos añadirle trocitos de fruta, como manzana, melón o sandía.

### Utensilios

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. Esta comida incluye 30 g de pan blanco (una pulga). Las recetas son para 4 raciones.

Raquel Arroyo Olivares  
Dietista-Nutricionista  
Fundación Hipercolesterolemia Familiar

## Atún en escabeche

### Ingredientes

1 rodaja de atún de unos 800 g ó 1 kg, 1 ramita de tomillo, 1 hoja de laurel, media cabeza de ajos, pimienta negra en grano, pimentón, 100 ml de vinagre, 100 ml de vino blanco, 100 ml de aceite de oliva, y harina.



### Preparación

Eliminar la piel del atún, quitar la espina central y cortar en tacos. Sazonarlos, enharinarlos y freír en aceite de oliva. Escurrir y disponer en una cazuela o fuente.

En el mismo aceite de freír el atún, rehogar la cabeza de ajos con el tomillo y el laurel. Apartar la sartén del fuego y añadir unos granos de pimienta, 1 cucharadita de pimentón, el vino y el vinagre. Llevar de nuevo al fuego y cocer unos minutos.

Comprobar el sabor (si resulta muy fuerte añadir un poco de agua) y verter sobre el atún. Cocinar todo el conjunto lentamente durante unos minutos y dejar enfriar antes de meterlo en la nevera. Mantener en el frigorífico al menos 1 día.

Antes de servir, sacar de la nevera con tiempo suficiente para que se atempere.

### Utensilios

Sartén y cazuela.

## Batido de melón

### Ingredientes

½ melón, 4 yogures desnatados y leche desnatada.

### Preparación

Cortar el melón en rodajas, pelarlas y cortar la pulpa en trozos. Echar en el vaso de la batidora junto con el yogur. Batir y añadir la cantidad de leche oportuna, según se quiera el batido más o menos espeso.

Meter el batido en una jarra y guardar en la nevera.

Servir frío en copas adornadas con hojas de menta o hierbabuena.

### Utensilios

Batidora.



### Valor nutricional total del menú

(por ración)

Energía: 642 kcal

Proteínas: 29 g (18%)

Hidratos de carbono: 82 g (51%)

Grasas totales: 22 g (31%)

Saturados: 3 g (4%)

Monoinsaturados: 15 g (21%)

Poliinsaturados: 3 g (4%)

Colesterol: 57 mg

Fibra: 4 g

Sodio: 342 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.

## Problemas con la aportación reducida en Castilla y León

Nuevamente me pongo en contacto con ustedes para informarles de la situación en que me encuentro respecto a la serie de facturas que me adeuda el Sacyl de Salamanca (organismo que tiene las competencias correspondientes) por aportación reducida en el tratamiento que sigo para el control de la hipercolesterolemia familiar (HF): son las facturas de diciembre de 2010 a mayo de 2011, solicitadas el 27 de junio de 2011 y las facturas de junio de 2011 a noviembre de 2011, solicitadas el 2 de diciembre de 2011. Pues bien, a fecha de julio de 2012, tengo pendientes de solicitar las emitidas en diciembre de 2011 y enero del año actual, pues cuando hice la primera solicitud me indicaron que lo hiciese cada seis meses para evitar papeleo. Con fecha 3 del pasado mes de mayo me personé en la dirección provincial del Sacyl de esta ciudad para informarles de que continúan sin regularizar a efectos de pago la serie de facturas que me adeuda por aportación reducida en los medicamentos de hipercolesterolemia familiar correspondientes al año 2011 y lo que va de 2012.

Hablé con el subdirector de prestaciones y su respuesta fue que dada la situación especial que atravesamos por la crisis no se dispone en tiempo del dinero para hacer frente a estos gastos, a lo que yo respondí que si en Castilla y León estuviera implantada la tarjeta electrónica no sufriríamos estos retrasos. Y esto supone un agravio comparativo con las comunidades autónomas que la tienen, ya que en el momento de adquirir el medicamento la farmacia procede de forma automática. Su respuesta fue la misma, advirtiendo que la situación actual no está para introducir cambios. Ahora, con el copago que

ha entrado en vigor el día 1 de julio, pasará de un 40 por ciento a un 50 por ciento, lo que supone un aumento importante, que de ninguna manera me correspondería si aplicaran la ley. En mi caso, al ser funcionaria estoy sometida no solo a los recortes aplicados a todos los ciudadanos, sino también a la bajada de sueldo, que debo asumir, pero me gustaría que también la administración asumiera los derechos que nos corresponden por ley. Conozco algún caso en que, dado el desempleo que nos asiste, han decidido dejar de consumir los medicamentos prescritos, lo que conlleva a un riesgo y deterioro de la salud. Como sé que esa Fundación sigue apoyando a las personas afectadas por esta enfermedad, me he puesto en contacto con ustedes para que hagan llegar esta información a quien proceda, con el objetivo de mejorar el procedimiento en los pagos.

### Mary Carmen Ortego Navarro

Salamanca

Vivo en Salamanca, formo parte del Estudio de seguimiento de familias con HF. He sido diagnosticado genéticamente con resultado positivo en noviembre del 2010, en la jornada que la Fundación llevó a cabo en Vitoria, adonde acudí con todos nuestros familiares, que estamos dispersos por diferentes comunidades, y todavía no recibo el reembolso de gastos del tratamiento. He enviado la primera y segunda entrega en el 2011, los días 11 de julio y 19 de diciembre respectivamente, y la tercera la haré en este mes de Julio de 2012. Estoy muy extrañado de que aún no tenga respuesta, y acudo a ustedes para que me digan que puedo hacer.

### Francisco Javier Hernández Martínez

Salamanca

Me han estudiado genéticamente en la Jornada que realizó la Fundación en Vitoria en noviembre de 2010, con resultado positivo. Vivo en Zamora, y aún no he conseguido la aportación reducida al tratamiento de HF. Algunos familiares que viven en Valladolid sí la reciben. A nivel médico me lo gestionó a finales del 2010 la doctora Ángeles Martín Alameda, endocrino del hospital de Zamora. En abril me llamaron de la seguridad social para confirmarme que me enviaban el reembolso de gastos, pero todavía no lo he recibido. ¿Podrían ustedes decirme a que se puede deber este retraso?

### Consuelo De Castro Balado

Toro (Zamora)

*No sabéis cómo lamentamos que respecto a la aportación reducida todavía las cosas en esa comunidad sigan igual. Estos días nos han llegado otras quejas de Zamora y varias de Salamanca, algunas arriba publicadas, en las que familias con HF relatan situaciones parecidas. Y para algunos casos concretos hemos hablado directamente con la gerencia de salud, reconociendo que las cosas van un poco más retrasadas, pero que no hay ningún problema en los reembolsos. En ningún momento han hecho alusión a la difícil situación económica. No es la primera vez que hemos publicado cartas constatando esta falta de equidad en el sistema sanitario español, en el que cada comunidad procede según sus propios criterios. Pero en el caso de esta comunidad, estos retrasos no son aislados, sino una constante en el procedimiento común. Y de ninguna manera el derecho a la aportación reducida debe mezclarse con los recortes actuales. Tratándose de Castilla y León cuesta entenderlo, porque se contradice con el plan de detección y formación que ha puesto en marcha para la HF, que*





*está siendo modelo para otras comunidades. La aportación reducida a los fármacos hipolipemiantes para las personas con HF es un derecho que tiene que ser reconocido y así se lo haremos llegar a las diferentes administraciones.*

### Estatinas y caída del cabello

Soy una mujer de 30 años. Tengo hipercolesterolemia familiar y llevo bastantes años tomando medicación para regular mis niveles de colesterol. Durante bastante tiempo estuve tomando Zarator y hace alrededor de dos años mi médico me cambió la medicación a Crestor.

En principio no he notado molestias musculares ni agotamiento, que son los principales síntomas asociados a las estatinas, pero hace también alrededor de dos años llevo sufriendo una caída del cabello bastante pronunciada. En cierta ocasión leí ciertos comentarios en algunos foros de Internet de pacientes que se quejaban de la caída del cabello y lo asociaban al comienzo de tratamientos con estatinas para el colesterol. ¿Es posible que exista alguna vinculación entre la toma de estatinas y la caída del cabello? ¿Y concretamente con Crestor?

**Marta García López**

Valencia

*Efectivamente, la caída del cabello aunque muy rara, está descrita con las estatinas en algunas personas. Curiosamente, lo refieren más las mujeres que los varones. Nosotros lo hemos visto con atorvastatina en dosis altas y con lovastatina. Si usted lo refiere con rosuvastatina (Crestor) y es un efecto molesto para usted, puede hablarlo con su médico para que vuelva a atorvastatina en la dosis equivalente para conseguir los mismos objetivos en la reducción del colesterol. Otra opción es reducir la dosis de la estatina y añadir Ezetrol. Parece ser un efecto de la estatina sobre el folículo piloso, por lo que no está descrito para el Ezetrol.*

### Embarazo y fármacos para reducir el colesterol

Soy Jenifer, tengo 33 años y me diagnosticaron hipercolesterolemia familiar a los 16. Desde entonces tomo Atorvastatina. En los últi-

mos 6 años tomaba Atorvastatina 40 mg, Ezetrol 10 mg y el último año Eutirox 50 (por hipotiroidismo). Los resultados de las analíticas me decían que los resultados eran correctos dentro de los parámetros para población de riesgo, por lo general el colesterol-LDL ligeramente superior a unos 100 mg/dL. Cuando decidí quedarme embarazada dejé de tomar esta medicación y los cuatro meses que tardé en quedarme embarazada probé tomar Resincolesteramina hasta el día que supe que lo estaba, que dejé la medicación. Empecé por un sobre y llegué a un máximo de cuatro con sus respectivos efectos secundarios y con unos resultados de un colesterol-LDL de 180 mg/dL. Mi duda es, ahora que estoy embarazada de 25 semanas y con unos resultados de colesterol total de 488 mg/dL, c- LDL 381 mg/dL y HDL 69 mg/dL, ¿debería tomar Resincolesteramina? El endocrino me ha recomendado tomar dos sobres para controlarlo un poco pero aunque tiene mucha experiencia, soy su primer caso de embarazada con estos niveles de colesterol y esta decisión me da un poco de miedo. Si la tomo, ¿puede tener algún efecto en el feto? Me han explicado que no, pero me gustaría tener una segunda opinión.

**Jenifer Quevedo Molina**

Asturias

*Nuestra recomendación es que durante el embarazo y la lactancia no se tome ninguna medicación hipolipemiente, y comenzarla una vez finalizado el periodo de lactancia. Hay que tener en cuenta que esta situación es un periodo muy corto de la vida de una persona. En relación al tratamiento con Eutirox, este sí debe mantenerse durante el embarazo.*

*Un reciente estudio ha demostrado que el riesgo cardiovascular en las mujeres con HF que tienen un embarazo y no se tratan durante el periodo de embarazo es bajo. En relación a los distintos tratamientos, las estatinas están prohibidas durante el embarazo. La agencia norteamericana del medicamento (FDA) las clasifica como X en el embarazo, es decir, se han asociado a malformaciones fetales en estudios animales y en humanos y el beneficio no compensa el riesgo potencial de estas anomalías.*

*La experiencia con otros fármacos es muy limitada (ezetimiba, ácido nicotínico y resinas)*

*y por tanto no se recomienda su uso durante el embarazo y lactancia. Solo en algunos casos severos o de muy alto riesgo cardiovascular algunas mujeres con hipercolesterolemia familiar podrían tratarse con resinas en el último trimestre del embarazo, pero la dosis debería ser más alta (unos 4-5 sobres diarios en caso de resincolesteramina, o 4-6 comprimidos de colestevlam) con el consiguiente efecto de malestar abdominal, estreñimiento, etc., que de por sí está acentuado en el embarazo. En resumen, puede tomar las resinas si las tolera y puede estar tranquila porque no tienen efectos adversos sobre el feto.*

### Embarazo y riesgo de colesterol elevado

He leído varios artículos que comentan que hay estudios, uno de una universidad europea y otro de una americana, que relacionan niveles elevados de colesterol en el embarazo con una probabilidad de un 12 por ciento más de parto prematuro. Me gustaría saber si vosotros tenéis conocimiento de estos estudios o si hay más estudios que confirmen esto. En mis últimos análisis tengo una cifra de 399 mg/dL y llevo 30 semanas de embarazo.

**Esther Escola Fernández**

Valladolid

*En relación al tema de hipercolesterolemia, y embarazo, es cierto que en la mujer embarazada los niveles de colesterol aumentan durante este período, y mucho más en las mujeres que tienen una hipercolesterolemia familiar.*

*Estudios previos habían sugerido una posibilidad mayor de partos prematuros en mujeres con hipercolesterolemia. Recientemente, en un estudio realizado en Noruega donde se analizó la evolución del embarazo y algunas características del recién nacido en más de 1.000 mujeres con HF confirmada genéticamente (con 2.319 partos) no se observó un mayor riesgo de parto prematuro, ni de bajo peso de nacimiento, ni de malformaciones congénitas comparado con la población general. Aunque es un estudio retrospectivo, el tamaño de la muestra es muy grande y es representativo de mujeres con HF (Circulation, 2011;124:1606; 1599-1601).*

## ¿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, su página web ([www.colesterolfamiliar.com](http://www.colesterolfamiliar.com)) y su centro virtual ([www.centrovirtualcolesterol.org](http://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

## Nuevas secciones en la web de la Fundación

La Fundación Hipercolesterolemia Familiar sigue actualizando su web, consciente de su importancia en el futuro de la formación e información en todo lo referente al conocimiento del colesterol y sus trastornos, así como de los hábitos de vida saludables para prevenir enfermedades crónicas y alcanzar una mejor calidad de vida.

Les invitamos a registrarla en sus favoritos y a visitar periódicamente la sección "Colesterol actualidad", que le informará sobre consejos saludables, noticias y entrevistas entre otros temas. También puede acceder al espacio conocido como Diagnóstico de Hipercolesterolemia Familiar, en el que las personas que tengan dudas acerca de si su colesterol puede ser de origen familiar o hereditario podrán seguir los pasos indicados una vez registrados y mediante un autotest, una presentadora virtual le solicitarán unos datos clínicos de fácil acceso para su valoración y emisión de un diagnóstico sobre la posibilidad de presentar o no una hipercolesterolemia familiar.



También encontrarán otras secciones sobre las hipercolesterolemias familiares, la genética y su diagnóstico y tratamiento junto con consejos saludables sobre hábitos de vida que se pueden descargar en la guía para controlar su colesterol.

Le invitamos a conocer todo esto y más en:

[www.colesterolfamiliar.com](http://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.