



FUNDACION
HIPERCOLESTEROLEMIA
FAMILIAR

ganando corazones

Abril 2007

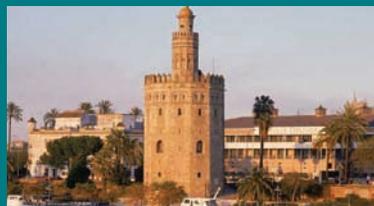
n.º 22

Boletín de la Fundación Hipercolesterolemia Familiar

En este número...

Nuevos pasos hacia la aportación
reducida de la ezetimiba 2

Una jornada en familia 3



La obesidad infantil sigue en
aumento 4 y 5

Controlar el colesterol para gastar
menos en salud cardiovascular ... 6

Asturias presenta los primeros datos
de su plan de detección de la HF ... 7

¿Qué pasa con los derechos de los
pacientes? 8

La Fundación crea un registro
on line de hipercolesterolemias
familiares 9

Antioxidantes: ¿son útiles en la
prevención de enfermedades? ... 10

Noticias 11

Recetas de primavera 12

Cartas de los lectores 13 y 14

Qué hace la Fundación 15

Jornada de puertas abiertas 16

Fundación Hipercolesterolemia Familiar

C/ Álvarez de Castro, 14, 1.º E
28010 Madrid

Tlfs.: 915042206/915570071 Fax: 915042206

Web: www.colesterolfamiliar.com

e-mail: colesteroifamiliar@terra.es

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



Juan Carlos Vázquez / Diario de Sevilla

La familia, clave en la detección y tratamiento de la HF

En una enfermedad de origen genético como la Hipercolesterolemia Familiar (HF), la familia es clave. Y lo es tanto para la detección como para el tratamiento. En el caso de la detección, las personas que llegan a conocer que padecen este trastorno genético lo hacen a través de la voz de alarma de algún familiar. Desde el punto de vista médico, la estrategia para la detección consiste en el seguimiento de una familia desde lo que se llama un caso índice, esto es, alguien de quien se sabe que tiene el trastorno y a partir del cual se indaga la propagación de esta alteración genética entre sus familiares. Es el caso de las jornadas de detección que organiza la Fundación Hipercolesterolemia Familiar (FHF), como la que se ha celebrado recientemente en Villanueva del Ariscal (Sevilla), a la que corresponde nuestra imagen de portada y a la que dedicamos la página 3 de este Boletín.

Pero no es sólo la detección. Cada vez se hace más evidente la necesidad de la prevención, para lo cual es imprescindible la implantación de adecuados hábitos de vida entre niños y adolescentes. Hasta ahora, esta siendo común la puesta en práctica de planes escolares para la difusión de hábitos de vida saludables, pero también es muy importante la familia, en cuyo seno es donde el niño va a aprender o no a llevar unos correctos hábitos alimenticios y de actividad física (ver páginas 4 y 5 de este Boletín).

Y a la hora del tratamiento, sobre todo en los mayores, la familia es igualmente clave, tanto en el seguimiento de unos hábitos de vida saludables como en la correcta administración de fármacos. La HF es una enfermedad de origen familiar y en el seno de la familia tiene una gran posibilidad de ser detectada, prevista y tratada.

Nuevos pasos hacia la aportación reducida de la ezetimiba

Si en el Boletín anterior comentábamos nuestra decepción por que una proposición no de ley para la inclusión del fármaco ezetimiba como aportación reducida para el tratamiento crónico de los pacientes con Hipercolesterolemia Familiar (HF) había sido rechazada por falta de unanimidad en la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados, ahora, sin embargo, tenemos buenas noticias. Y es que el pasado 22 de febrero y a requerimiento de la Fundación Hipercolesterolemia Familiar, se ha vuelto a presentar la mencionada proposición y esta vez nuestros representantes en el parlamento han demostrado su sensibilidad aprobando la inclusión de ezetimiba dentro de los fármacos de aportación reducida como tratamiento complementario a las estatinas para los pacientes con HF. También se aprobó en la misma proposición el reforzar la prevención y el control del colesterol en los pacientes de alto riesgo cardiovascular.

Desde la Fundación queremos agradecer a nuestros representantes parlamentarios en la Comisión de Sanidad su sensibilidad para los pacientes con HF. Esta proposición es el primer paso para que próximamente el Ministerio de Sanidad adopte estas medidas, que sin duda con-

tribuirán a disminuir la carga económica que supone el tratamiento crónico de las familias con HF, y que queda fielmente reflejado en las cartas que nos envían nuestros lectores.

También la detección genética de la HF continúa avanzando. Y a las diez comunidades autónomas que ya lo están realizando o lo harán en los próximos meses (ver anterior Boletín) se ha unido Castilla-La Mancha y probablemente lo hará Galicia. Por lo que ya solo quedarían Andalucía, Baleares, Canarias, Cantabria y Valencia sin un plan de detección. Recientemente, nos hemos entrevistado con el secretario general del Ministerio de Sanidad José Martínez Olmos y el director de la Agencia de Calidad Alberto Infante, quienes han mostrado un gran interés y sensibilidad para que la detección genética de la HF se debata en el Consejo Interterritorial y se incluya en la estrategia nacional de prevención de la enfermedad cardiovascular. Esto sería una buena forma de cohesionar y garantizar la aplicación de la detección genética precoz y un adecuado tratamiento de la HF a todos los españoles. Porque esta demostrado que el éxito de las leyes y estrategias se consigue cuando se diseñan con los pacientes y no sólo para los pacientes.

Personaje



Pedro López Fernández

59 años

Villanueva del Ariscal (Sevilla)

Pedro es el caso índice de la familia estudiada en la jornada de detección del pasado día 24 de marzo en Villanueva del Ariscal (Sevilla). Él sabía que tenía el colesterol excesivamente elevado desde que a los 35 años, dado que trabajaba en una gran empresa, se lo detectaron en una revisión médica. Pero en aquel tiempo, hace más de veinte años, "no me dijeron los riesgos que corría", recuerda. Sin embargo, el colesterol se hizo presente en circunstancias verdaderamente singulares. Su mujer fue ingresada por una intervención quirúrgica, el la acompañaba, y cuando salió de la habitación para echar un cigarrillo, "ahí fue todo: una gota de sudor por cada cabello de la cabeza, un poco de mareo, hasta que perdí el conocimiento". Era un infarto, por que el que tuvo que ser intervenido para implantarle dos *by pass*. A partir de ahí, el doctor José Villar, internista del Hospital Virgen del Rocío, se interesó por su caso. Ahora mismo, está "dentro de lo que cabe, bien". Está jubilado, pero no para: "me levanto muy temprano y hago los mandados de toda la familia, sobre todo de mi hija, que ha puesto una tienda". Por lo demás, él sigue una vida normal, de comida sana: "no me extralimito, aunque bueno, ya sé que el queso curado no es bueno, pero una tapa de queso con una manzanilla.... Rígido, rígido, rígido no lo llevo, pero no me paso, lo llevo bien". Pedro tiene un hermano y dos hermanas, ninguno de los cuales ha heredado la HF, y dos hijos, un chico y una chica, de 30 y 31 años, que la han heredado los dos, y aunque están informados, "no lo respetan del todo porque la edad...". Por último, insiste en agradecer al doctor José Villar "y a su equipo la paciencia que ha tenido conmigo y nuestra familia", agradecimiento que extiende a la Fundación, sobre la que opina que "todo el apoyo que le demos es poco", tanto por las personas que hoy sufren, como él, la HF, como por "los que vengan".

Una jornada en familia

Nueva sesión de detección de la HF en Villanueva del Ariscal (Sevilla)

La Fundación Hipercolesterolemia Familiar acudió de nuevo a una jornada donde se hizo la detección de la Hipercolesterolemia Familiar (HF) de toda una familia. Esta vez fue el 24 de marzo en la localidad de Villanueva del Ariscal (Sevilla). En este caso, la jornada la dirigía el equipo del doctor José Villar, de la Unidad de Lípidos del Hospital Virgen del Rocío, de Sevilla, junto con los médicos de atención primaria de la localidad. Se trataba de analizar una familia extensa con una alta incidencia de HF.

El caso índice, que aparece en la página 2 de este Boletín, y sus familiares más próximos son pacientes del doctor Villar y forman parte del estudio de seguimiento de familias con HF, que la Fundación desarrolla, al que también se unirán el resto de los familiares estudiados, un grupo de 20 personas pertenecientes a tres generaciones. Cuando contactamos con ellos desde la Fundación para informarles sobre la jornada y la necesidad de hacer un estudio a todos los familiares para hacer detección genética precoz, sobre todo en los más jóvenes, no entendían muy bien el



La familia cumplimenta el cuestionario dietético.

Al cumplimentar los participantes el cuestionario dietético, siempre surgen preguntas sobre los diferentes tipos de alimentos



Los doctores Villar, López, Muñiz y Nieto con la enfermera Mari Cruz Pizarro.

porque del estudio, sin embargo, poco a poco ellos mismos encontraban la razón de aquellas muertes súbitas de familiares, que no tenían explicación aparente, de manera que se ponía de manifiesto una vez más la escasa información que existe acerca de la HF.

Todos los familiares desde el primer momento han colaborado con mucho entusiasmo y han agradecido el

esfuerzo y apoyo informativo de la Fundación. También la enfermera de la unidad, Mari Cruz Pizarro, ha observado que para estas familias la información, no sólo sobre el tratamiento y control de la HF, sino sobre la alimentación y hábitos de vida saludables, ha sido muy apreciada. Y es que al cumplimentar los participantes el cuestionario dietético, siempre surgen preguntas sobre los diferentes tipos de alimentos, que da lugar a un pequeño debate. Y que también en esta ocasión, ha despertado el interés de los mayores y de los más pequeños. Precisamente, uno de los objetivos de este estudio de seguimiento de familias con HF será analizar los cambios en los hábitos de dieta cuando lo necesiten y asegurar que tengan un adecuado tratamiento de la hipercolesterolemia. Esta jornada de detección genética de la HF ha tenido una amplia cobertura en los medios de comunicación locales.



La **obesidad infantil** sigue en

Nuevos datos de un estudio de la Junta de Andalucía muestran unos resultados preocupantes

El incremento actual de la obesidad se debe principalmente a un cambio en el estilo de vida, dieta y actividad física. Es decir, se come más y mal y se hace menos ejercicio físico. El 26% de los niños, adolescentes y jóvenes de España tienen obesidad o sobrepeso. Un estudio realizado por la Junta de Andalucía muestra unos hábitos preocupantes: el 99% de los niños andaluces toma al menos cuatro raciones de dulces y golosinas al día; el 100% ve más de dos horas de televisión; el 26% no hace ningún tipo de ejercicio físico y solo el 12% come verduras. Aunque las cifras son preocupantes, lo importante es que a esas edades todavía se pueden cambiar sus hábitos de alimentación. Obtener más información sobre los factores específicos que favorecen la obesidad permitirá tomar medidas preventivas en materia de salud pública. La infancia y la adolescencia son etapas de cambios durante las cuales se crean muchos hábitos duraderos, algunos saludables y otros no tanto. Un mayor conocimiento de las pautas que rigen la actividad física, la elección de alimentos y las preferencias alimentarias

permitirá crear herramientas educativas para este sector de la población.

Aunque el hogar es importante en la prevención, la mayoría de los estudios de prevención de la obesidad dirigidos específicamente a niños se ha centrado en la escuela. Las ventajas de la utilización del entorno escolar son numerosas: los niños pasan mucho tiempo en la escuela; la educación sobre la salud y el estilo de vida puede incorporarse al plan de estudios existente y la escuela proporciona la oportunidad de crear un ambiente que promueva la salud, ofreciendo comidas y alimentos saludables y mejorando el acceso a la práctica de deportes y otro tipo de actividades.

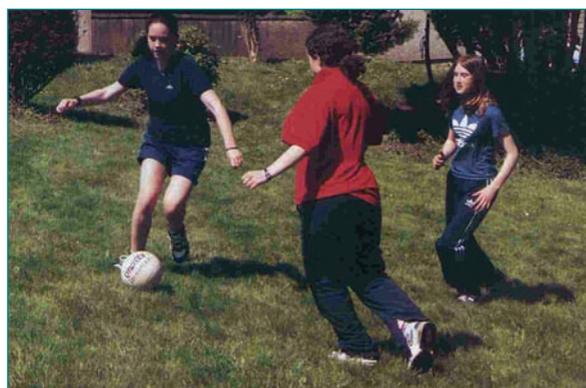
Sin embargo, aunque la escuela es importante, la participación de los padres como agentes de cambio es más eficaz para tratar el sobrepeso infantil que los enfoques centrados únicamente en el niño. Enseñar a los niños a comer bien exige que los padres den ejemplo. Y la participación de los padres es importante para controlar el exceso de tiempo que los niños pasan ante el televisor y otros juegos electrónicos, a la vez que se promueve la actividad física, de forma que se lleve a cabo algún tipo de ejercicio físico durante más de una hora al día.

En resumen, la escuela es un buen entorno para la prevención de la obesidad infantil, pero no puede ignorarse a los padres y cuidadores como un recurso valioso para ayudar a que los niños cambien sus hábitos en cuanto a la alimentación, la actividad física y el tiempo que pasan viendo la televisión. También es importante el apoyo de la administración sanitaria y así el Ministerio de Sanidad ha puesto en marcha la estrategia NAOS (Nutrición, Actividad física, Obesidad y Sedentarismo), un programa que pretende fomentar una información adecuada sobre alimentación, estimular la práctica de actividad física y colaborar con las empresas de la alimentación para que ofrezcan productos más sanos y los publiciten adecuadamente.

Aumento del colesterol en los niños

Y es que el aumento del colesterol en sangre no solo ocurre en los adultos. Aunque hay pocos estudios, la prevalencia de la hipercolesterolemia en niños es alrededor del 15-20% en España, una cifra muy próxima a la de la población adulta. Posiblemente se debe a los cambios en los estilos de vida que han ocurrido en las últimas décadas en nuestra sociedad, especialmente en la alimentación con un mayor consumo de grasas saturadas y calorías y una disminución de la actividad física.

Se considera que el colesterol está elevado en niños y adolescentes menores



El 99% de los niños andaluces toma al menos cuatro raciones de dulces y golosinas al día

aumento

de 18 años cuando sus cifras superan los 180 mg/dl y el colesterol LDL (conocido como colesterol malo) es superior a 130 mg/dl. Hay que tener en cuenta que el colesterol de los niños al

Aunque la escuela es muy importante, la participación de los padres en el tratamiento de sus hijos es imprescindible

nacer es de 150 mg/dl y el colesterol LDL, 70 mg/dl. La preocupación por el aumento de las cifras de colesterol en niños se debe a que pueden adelantar la edad de aparición de la enfermedad cardiovascular en los adultos. Hoy sabemos que el colesterol está considerado el responsable más directo de la enfermedad coronaria (angina de pecho, infarto de miocardio y muerte súbita) en la población adulta. Por este motivo, tenemos que vigilarlo en niños y adolescentes con mayor riesgo cardiovascular: antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular prematura (antes de los 55 años en varones y de los 65 en mujeres); niños y adolescentes en los

Nueva guía para el control del colesterol

La Fundación Hipercolesterolemia Familiar presentará el próximo mes de mayo una guía para el control del colesterol mediante cambios en los estilos de vida. En ella se encontrará de forma detallada y con numerosas tablas consejos dietéticos para reducir el colesterol, composición de los alimentos más frecuentes, elección de menús para cuando se come fuera de casa, normas para reducir el consumo de sal y aprender a interpretar el etiquetado de los alimentos. También se muestra el gasto calórico que podemos conseguir con una amplia gama de actividad física que se puede adaptar a cualquier edad. Otro aspecto importante de esta guía es facilitar ayuda para el abandono del tabaco y manejar el estrés. Esta guía será de gran utilidad para ayudarnos a controlar el colesterol y mantener unos hábitos de vida saludables.



que alguno de los padres tienen el colesterol igual o superior a 240 mg/dl o están diagnosticados de Hipercolesterolemia (HF), y en aquellos con otros factores de riesgo asociados tales como tabaquismo y obesidad. Por último, tenemos que tener en mente que aproximadamente un 2% de la población tiene una HF que se puede expresar en la infancia y adolescencia.

La prevención de la mayoría de las hipercolesterolemias en los niños y adolescentes pasa por un cambio del estilo de vida, especialmente cambios en la alimentación con una reducción del aporte calórico y del consumo de grasas saturadas y colesterol junto con un aumento de la actividad física y evitar el inicio en el consumo de tabaco.

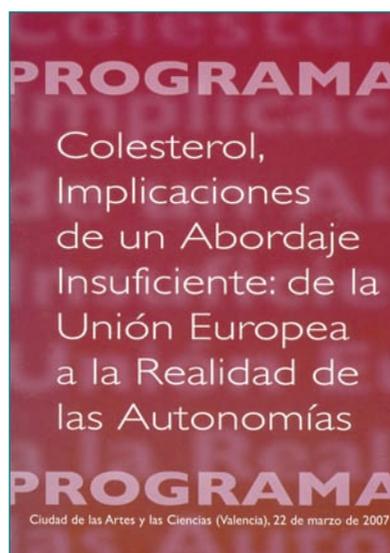


Controlar el colesterol para gastar menos en salud cardiovascular

Médicos, economistas y pacientes piden un mayor esfuerzo contra la hipercolesterolemia

Una mayor consideración del colesterol en los planes de salud cardiovascular, como paso para evitar la carga económica que un abordaje insuficiente de la hipercolesterolemia puede acarrear al sistema sanitario fue la principal demanda que llevaron a cabo los médicos, economistas de la salud, pacientes y técnicos sanitarios en la reunión celebrada el 20 de marzo en Valencia con el título "Colesterol, implicaciones de un abordaje insuficiente: de la Unión Europea a la realidad de las autonomías". Esta reunión fue organizada por la Fundación Hipercolesterolemia Familiar con el patrocinio de MSD y Schering-Plough.

El 80% de la enfermedad cardiovascular puede ser atribuida principalmente a tres factores de riesgo: colesterol, tabaco e hipertensión. Sin embargo, mientras los programas de salud pública ya están dedicando esfuerzos significativos a educar a la población sobre los beneficios de dejar de fumar o evitar el sobrepeso, continúa



existiendo un vacío en las políticas sanitarias estatales y autonómicas en lo que se refiere a los niveles elevados de colesterol.

Los expertos consideran que la mejor estrategia coste-efectiva para prevenir y

controlar la enfermedad cardiovascular (coronaria y cerebral) es la detección y control de los pacientes de riesgo (coronarios, diabéticos y los que presentan hipercolesterolemias familiares), asignando más recursos humanos y económicos. Para conseguir que los pacientes con colesterol elevado alcancen los objetivos marcados en las guías de tratamiento, los expertos reconocen las limitaciones actuales de los tratamientos de monoterapia (estatinas) y abogan por tratar el colesterol con nuevas terapias de combinación (inhibidores de la absorción del colesterol intestinal) al igual que ya se viene haciendo con otras patologías como la diabetes o la hipertensión.

También se destacó la importancia en el control de la enfermedad cardiovascular de no trabajar basándose solo en objetivos económicos y considerar de forma primordial los objetivos en salud. Así mismo, se destacó la importancia de la participación social en los planes sanitarios.



Participantes en la reunión de Valencia.

Asturias presenta los primeros datos de su plan de detección de la HF

Diagnosticados más de 200 nuevos casos desde el comienzo del plan al final del 2005

El plan de detección de la Hipercolesterolemia Familiar (HF) que comenzó a finales del 2005 en Asturias ya ha obtenido sus primeros datos. El pasado 23 de febrero, el director general de Organización de las Prestaciones Sanitarias de la Consejería de Salud de Asturias, José Ramón Riera, presentó el balance del programa de detección genética precoz de la HF, puesto en marcha por la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias, y en el que se han realizado más de 200 diagnósticos de HF. La mayoría son casos índices, es decir, el primer caso conocido de una familia afectada por la HF, y a partir del cual se puede hacer el rastreo de la HF en esa familia. Riera afirmó que el objetivo de la detección precoz es, además de prevenir la enfermedad cardiovascular, aumentar la esperanza de vida.

Pilar Gómez Enterría, del servicio de Endocrinología del Hospital Central de Asturias, ha destacado "el interés de realizar a partir de los casos índice el estudio en cascada familiar, ya que, con la identificación inicial de un paciente se puede detectar a varios familiares dependiendo del tamaño de la familia, ya que la HF afecta a la mitad de sus miembros". La Consejería de Salud de Asturias está procediendo a la extensión del programa de detección genética en todas las áreas sanitarias, gracias a la coordinación entre atención primaria y especializada. Con esta medida la Consejería espera en pocos años tener diagnosticados a la mayoría de las personas con HF para poder hacer una adecuada prevención de la enfermedad cardiovascular.

En la presentación de estos datos, Pedro Mata, de la Fundación HF, se refirió a la

patología como una "una enfermedad modelo para la aplicación de los tests genéticos". En este sentido, ha avanzado que la plataforma lipochip utilizada para la detección de la citada patología analiza más de 250 mutaciones diferentes. Otro dato relevante de la Comunidad de Asturias es que las tres mutaciones más frecuentes afectan al 66% de los pacientes diagnosticados, mientras que en el resto de España suponen una frecuencia del 14%. Esta característica propia de esta comunidad puede deberse al aislamiento durante siglos de esta región que ha podido conducir a una mayor consanguinidad y al mantenimiento de estas mutaciones a lo largo de generaciones. Estos datos de Asturias han sido recogidos ampliamente por todos los medios de comunicación.



Pedro Mata y José Ramón Riera.

Aljondro Piñaz / El Comercio

¿Qué pasa con los derechos de los pacientes?

Se cumplen ahora cincuenta años desde que en 1957 la idea de Europa quedara impresa en el Tratado de Roma con el nombre de Comunidad Económica Europea. Hemos tenido que esperar todos estos años hasta que aquella iniciativa pensada especialmente para legislar un mercado común, haya dado paso a ser la Unión Europea, en la que 27 estados miembros tratan de imprimir en esta nueva Europa un carácter constitucional.

A partir de 1999, se perfilaba la "Europa de los Ciudadanos". Bruselas creaba expectativas para este nuevo milenio. Entonces se hablaba del "paciente del futuro", impulsando los derechos de los pacientes. Y así, fueron surgiendo en nuestro país iniciativas como la del Foro Español de Pacientes, con la declaración de Barcelona de mayo de 2003 y la declaración de Madrid de julio de 2004, impulsada desde la Oficina del Defensor del Paciente y recogida en la Carta de los Derechos y Deberes de los Pacientes unos meses más tarde.

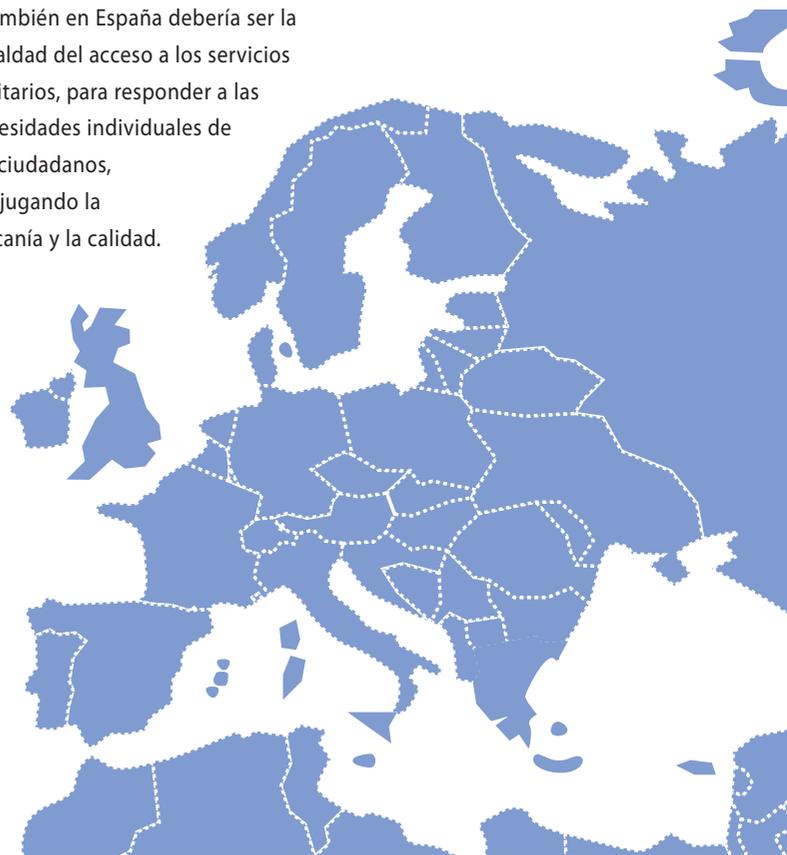
A nivel estatal nace la Ley 41/2002, que lleva en su propio título la expresión "ley básica reguladora de la autonomía del paciente". Esta nueva ley da lugar a múltiples debates y foros en los que se habla de estas cuestiones. Sin embargo, los ciudadanos de este país opinan que los cambios no se materializan. Recuerdan una y otra vez a sus representantes que el éxito del legislador no está en la creación de las leyes, sino en impulsarlas y cumplirlas.

Según un informe europeo de la Red Activa Ciudadana del pasado mes de

marzo, España está a la cola de Europa en atención a los derechos de los pacientes. Este estudio, que ha sido presentado en Barcelona en la jornada sobre la carta europea de los derechos de los pacientes, sitúa a España en el duodécimo lugar, solo por delante de Grecia y Portugal. Entre las prioridades políticas que señala el estudio, se destaca la adopción de un criterio común para la gestión de la atención sanitaria. Y es que teniendo en cuenta la movilidad en Europa de la sociedad actual, es el deber de los políticos destacar los principios comunes de los sistemas sanitarios. Entendemos que el primer derecho fundamental en Europa y también en España debería ser la igualdad del acceso a los servicios sanitarios, para responder a las necesidades individuales de los ciudadanos, conjugando la cercanía y la calidad.

Desde las páginas de este Boletín animamos al Ministerio de Sanidad, a que la campaña informativa para difundir los derechos y deberes del paciente, con el lema "A partir de ahora somos + para defender tus derechos", no se quede en mero eslogan propagandístico, sino que se cumpla. Porque las alianzas del movimiento asociativo en España y en Europa buscan un enfoque común.

Y por ello, entre todos, tenemos que mejorar esos resultados del estudio citado, en el que sitúan a nuestro país únicamente por delante de Grecia y Portugal.



La Fundación crea un registro *on line* de hipercolesterolemias familiares

La Fundación Hipercolesterolemia Familiar, con el patrocinio de la Fundación AstraZeneca, ha creado un registro *on line* de hipercolesterolemias familiares con el fin de mejorar la práctica clínica, ayudar a prevenir el desarrollo de la enfermedad cardiovascular y facilitar una mejor planificación sanitaria. Los objetivos de este registro son conocer la evolución clínica, el tratamiento y el grado de control de las hipercolesterolemias familiares, así como valorar la actitud terapéutica del médico en la consecución de objetivos en colesterol LDL.

Las hipercolesterolemias familiares son un trastorno hereditario frecuente en la población general. Su prevalencia se estima en un 2%, lo que significa que en España existen de 600.000 a 800.000 personas con una hiperlipemia de base genética. Este término incluye principalmente a la Hipercolesterolemia Familiar (HF), causada por defectos en el gen del receptor de las LDL, y a la Hiperlipemia Familiar Combinada, que se caracteriza por presentar colesterol y/o triglicéridos elevados. La importancia de hacer un

diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado de ambos trastornos se basa en la elevada incidencia de desarrollar enfermedad cardiovascular en edades tempranas, con la consiguiente repercusión socio-sanitaria.

análisis del tratamiento de la enfermedad y su eficacia, forma parte integral de la práctica clínica habitual y describe el curso clínico y los factores asociados a la enfermedad. Mediante un registro, se puede evaluar la calidad del cuidado médico y hacer educación y formación

médica. Por lo tanto, los registros son útiles a los médicos, a los investigadores clínicos y a quienes planifican el cuidado de la salud.

El registro es un estudio epidemiológico en el que participan numerosos centros y en el que a los pacientes se les hace un seguimiento continuado. En este registro podrán participar los médicos de atención especializada (clínicas de lípidos) y de centros de atención primaria del territorio

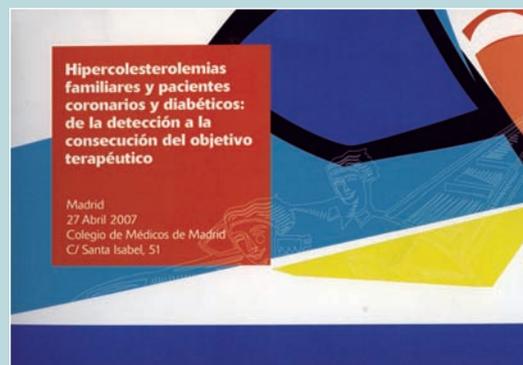
español. Además, los médicos podrán contrastar su actitud terapéutica ante situaciones complejas y dispondrán de un foro para analizar y resolver situaciones clínicas relacionadas con el diagnóstico y tratamiento de las hipercolesterolemias familiares.



La realización de un registro permite un mejor conocimiento y manejo de una enfermedad, proporciona aspectos clínicos y demográficos de un gran número de pacientes, así como establece una estimación de la morbi-mortalidad causada por el trastorno. Además, posibilita el

Próximo simposio de la Fundación en Madrid

El próximo 27 de abril la Fundación Hipercolesterolemia Familiar organiza un simposio en el Colegio de Médicos de Madrid en el que destaca la conferencia: "Plan de detección genética de la hipercolesterolemia familiar en Holanda" a cargo del doctor Joep Defesche del Centro Médico Académico de la Universidad de Ámsterdam. También se presentarán datos del diagnóstico genético de la Hipercolesterolemia Familiar (HF) en España y un análisis de las características del registro *on line* de HF. Por último se abordarán aspectos del tratamiento farmacológico del aumento de colesterol en pacientes de alto riesgo.



Antioxidantes: ¿son útiles en la prevención de enfermedades?

La promesa de salud y longevidad creada en los últimos años por los suplementos antioxidantes se ha desvanecido. Ya se sospechaba que tomar vitamina A, vitamina E y otros antioxidantes juntos o por separado no tenía ningún efecto positivo apreciable sobre la salud, pero al menos se pensaba que no era perjudicial. Ahora se ha comprobado mediante estudios científicos que las píldoras antioxidantes, además de un gasto inútil, pueden acortar la vida.

Recientemente se ha publicado en la revista americana *Journal of the American Medical Association* (JAMA, 2007) un análisis estadístico de numerosos ensayos clínicos, que han estudiado los efectos sobre la salud de los principales antioxidantes: vitaminas A, E y C, y selenio. Estos análisis cuestionan la eficacia preventiva y la seguridad de estos suplementos. Así, las vitaminas A y E se asocian con un incremento de la mortalidad de enfermedades crónicas como el cáncer y la enfermedad cardiovascular, mientras que la vitamina C y el selenio no parecen aumentar este riesgo.

Los antioxidantes son un grupo de vitaminas, minerales, enzimas, pigmentos vegetales y otras sustancias que anulan el efecto perjudicial de los radicales libres, producidos por la respiración, las radiaciones ionizantes y el tabaco. La respiración oxidativa es esencial para la vida celular, pero si no se controla adecuadamente tiene efectos potencialmente letales. Durante la respiración

Los suplementos vitamínicos no sólo previenen las enfermedades sino que pueden ser perjudiciales

celular se producen radicales libres de oxígeno que pueden dañar los genes, las proteínas y las membranas celulares. También pueden alterar las lipoproteínas (transportan colesterol) a través de la oxidación del colesterol y otros lípidos en la pared arterial dando lugar al desarrollo de la lesión de aterosclerosis que puede conducir a la obstrucción de la arteria. Los ácidos grasos poliinsaturados son el principal sustrato para la oxidación lipídica, mientras que el contenido en ácidos grasos monoinsaturados (aceite de oliva) protege a las lipoproteínas de la oxidación. En resumen, la oxidación que se produce en nuestro organismo favorece el envejecimiento y algunas enfermedades, como las cardiovasculares, el cáncer, el Alzheimer

y la degeneración macular (trastorno visual) asociada a la edad.

Aunque el cuerpo produce sus propios antioxidantes y el ejercicio favorece esta producción, la mayoría proviene de los vegetales que se toman en la dieta. Los principales antioxidantes son las vitaminas A, C y E, los flavanoides y minerales como el selenio y el zinc. Las propiedades saludables de las frutas y las verduras se deben en buena medida a su elevado contenido en antioxidantes. También hoy sabemos que las necesidades de vitaminas de nuestro organismo son pequeñas y que la mayoría de los suplementos vitamínicos de antioxidantes tienen cantidades al menos diez veces superiores a las recomendadas.

Por lo tanto, ¿cuál es la recomendación más razonable? Está claro que no es adecuado utilizar los suplementos de vitaminas para la prevención de las enfermedades crónicas, ya que cuando usamos preparaciones químicas de las vitaminas a dosis altas se pueden comportar como prooxidantes y tener el efecto contrario del esperado.



Lo aconsejable es obtener las vitaminas y antioxidantes de una forma natural y en unas proporciones adecuadas. Y esto solo se puede conseguir con los alimentos, mediante una dieta rica en frutas y verduras junto con aceite de oliva virgen que contiene componentes fenólicos con propiedades antioxidantes. Esta dieta junto con el ejercicio físico será la mejor medida para prevenir la enfermedad cardiovascular, el cáncer, la enfermedad de Alzheimer y otras dolencias crónicas. Y nos ayudará a retrasar el envejecimiento.

Noticias • Noticias • Noticias • Noticias

El colesterol elevado sigue ocasionando riesgo en las personas mayores

Un reciente estudio publicado en *Circulation* 2007 y realizado en un grupo de 893 pacientes con enfermedad coronaria que no estaban ingresados y con una edad entre 65 y 85 años, ha demostrado que el tratamiento con estatinas para disminuir el colesterol redujo los episodios de isquemia del corazón (angina, infarto). Estos pacientes recibieron durante un año tratamiento con estatinas en diferentes dosis y se compararon los resultados con un grupo que no recibió estatinas (grupo de control). Todos los que recibieron estatinas redujeron los episodios de isquemia del corazón en comparación con el grupo de control. Este estudio demuestra que la edad cronológica por sí sola no debería ser motivo para excluir a los pacientes mayores con riesgo cardiovascular de los beneficios de estos fármacos.

La siesta se asocia con un menor riesgo cardiaco

Dormir un rato de siesta con frecuencia se asocia a una reducción del riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, especialmente entre hombres trabajadores.

Así concluye un estudio que examinó a 23.681 individuos griegos sanos al comienzo de la investigación que duró un periodo de seis años. Los resultados publicados en los *Archives of Internal Medicine* 2007, demuestran que las personas que duermen periodos de siesta de al menos treinta minutos tres veces a la semana presentan un 37% menos de mortalidad asociada a problemas coronarios, que aquellos que no duermen la siesta. Los investigadores opinan que una siesta vespertina en un individuo sano puede actuar como un proceso liberador de estrés, ya que hay evidencias de que el estrés tiene efectos adversos en la incidencia de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares.

La combinación de hipercolesterolemia, hipertensión y obesidad eleva el riesgo de demencia senil

Los factores de riesgo vascular y el estilo de vida aumentan el riesgo de desarrollar demencia senil y enfermedad de Alzheimer, según han demostrado diversos trabajos epidemiológicos.

Uno de estos, presentado en el XV Congreso Europeo de Psiquiatría celebrado en Madrid durante el mes de marzo, destaca la importancia de identificar a las personas más susceptibles para aplicar estrategias preventivas.

Así, los niveles elevados de presión arterial sistólica, la hipercolesterolemia y la obesidad son elementos independientes que influyen en el riesgo de presentar demencia senil y enfermedad de Alzheimer.

Cuando se combinan todos ellos multiplican por seis este riesgo. Además, la ingesta de grasas insaturadas y el ejercicio físico pueden ejercer un efecto protector, mientras que el consumo de grasas saturadas produce el efecto contrario.

Por lo tanto, la modificación en los estilos de vida mediante una dieta saludable, el ejercicio físico y el control del peso junto con la intervención terapéutica, si es necesaria, para controlar la hipercolesterolemia y la hipertensión, constituye la mejor estrategia para prevenir la demencia senil y la enfermedad de Alzheimer.

La contaminación aumenta el riesgo de infarto de miocardio

La genética y la historia familiar tienen un papel clave en el riesgo cardiovascular. Sin embargo, el estilo de vida y el entorno también influyen en el desarrollo de la enfermedad cardiovascular. En la reunión anual del Colegio Americano de Cardiología celebrada en marzo se ha presentado un estudio que ha demostrado que la exposición al aire contaminado, sobre todo el humo de los coches, puede empeorar los síntomas de la angina de pecho e incluso favorecer la aparición de un infarto de miocardio en sujetos con enfermedad cardiovascular. La comparación se hizo con pacientes que respiraban aire filtrado. Estos datos son importantes desde el punto de vista de la salud pública. Y los investigadores señalan que se debería reducir la contaminación en las ciudades para disminuir la incidencia de infartos de miocardio y otras enfermedades.

Recetas de Primavera

Crema de calabaza

Ingredientes

- Calabaza (600 g)
- Un calabacín
- Una cebolla
- Dos dientes de ajo
- Un puerro
- Patatas (400 g)
 - Agua
 - Aceite de oliva virgen (dos cucharadas soperas)
 - Sal



Preparación

Pelar y cortar la calabaza (sin pepitas), la patata y el calabacín en trocitos. El puerro y la cebolla se cortan en rodajas. Meter todo en la olla a presión y cubrir con agua. Echar el aceite y sal a gusto. Dejar cocer. Una vez cocido, batir con la batidora eléctrica. Servir caliente.

Utensilios

- Olla a presión
- Batidora eléctrica

Cazuela de bonito

Ingredientes

- 400 g de bonito
- 300 g de patata
- 300 g de tomate
- Un diente de ajo
- Una cebolla
- Aceite de oliva virgen (dos cucharadas soperas)
- Sal

Preparación

Rehogar el bonito en una cazuela con aceite, ajo y sal. Retirar el bonito y rehogar la cebolla y el tomate pelado, todo ello bien picado. Por otra parte cocer las patatas. Cuando ya están echarlas sobre el bonito y verter el contenido del sofrito. Esperar que se haga a fuego lento durante unos veinte minutos.

Utensilios

Una cazuela



Ciruelas

Ingredientes

- 600 g de ciruelas

Preparación

Lavar las ciruelas y colocarlas en una fuente.

Utensilios

Una fuente



Valor nutricional total del menú (por ración)

Energía: 724 kcal
 Proteínas: 38 g (20%)
 Hidratos de carbono: 90 g (50%)
 Grasas totales: 24 g (30%)
 Saturados: 4,5 g (6%)
 Monoinsaturados: 11 g (15%)
 Poliinsaturados: 4,8 g (6%)
 Colesterol: 55 mg
 Fibra: 11 g

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.

María Garriga
 Dietista de la Fundación Hipercolesterolemia Familiar
fundacioncohort@telefonica.net

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.

Cambio de tratamiento (y de precio)

Me llamo M^a Paz, tengo 40 años y presento Hipercolesterolemia Familiar Heterocigota. Estoy diagnosticada desde hace 20 años en un centro especializado, y estoy convenientemente tratada por mi endocrina. Tengo la aportación reducida para las estatinas, sin embargo, desde que salió el Ezetrol (ezetimiba), la doctora que me hace el seguimiento decidió combinarme la estatina con el Ezetrol para conseguir mejores resultados. A partir de ese momento, he conseguido controlarlo. Y es que esta combinación ha sido realmente efectiva para mí. Mi pregunta es si saben cuando va a entrar en aportación reducida. Cuando me enteré de que el Ezetrol no tenía la misma consideración de las estatinas no me lo podía creer. Supongo que ustedes desde la Fundación podrán hacer algo para que el Ministerio de Sanidad lo sepa.

También quería hacerles otra pregunta referida a mis dos hijos de siete y cuatro años. ¿A que edad debería hacerle las pruebas para saber si presentan Hipercolesterolemia Familiar (HF)?

M^a Paz Antón
Madrid

Le agradecemos su confianza, y nos alegra que finalmente, haya conseguido controlar su colesterol con el Ezetrol. Ahora falta conseguir que como usted apunta, las autoridades sanitarias tengan en cuenta esta necesidad común a todos los pacientes que presentan HF, y como usted, dependen del Ezetrol para controlar esta condición genética. Tenemos noticias importantes acerca de este tema, Y es que hemos conseguido que la Comisión de Sanidad en el Congreso de los Diputados el pasado día 22 de febrero aprobara una proposición no de ley para que el Ezetrol tenga la misma consideración que las estatinas en el tratamiento de la HF. La

Fundación a partir de estos hechos ha instado al gobierno a que incluya esta presentación de manera oficial a través del correspondiente decreto. Ahora sólo falta esperar que esto se cumpla.

Con respecto a su pregunta referida al comienzo del tratamiento en los niños, también es una pregunta que nos llega constantemente. En la página web de la Fundación (www.colesterolfamiliar.com) se pueden encontrar respuestas referidas al diagnóstico y tratamiento de la HF en niños. Es importante que el diagnóstico de la HF se haga durante la infancia, a partir de los tres años, que es cuando se pueden iniciar las medidas dietéticas. Hay muchas razones para que los niños con HF sean identificados lo antes posible. Todos los consejos e indicaciones que reciban antes de la adolescencia van a ser más provechosos (ver Boletín n.º 18). El diagnóstico se basa en la historia familiar de HF y en una analítica que incluya colesterol total, triglicéridos y colesterol HDL para poder calcular el colesterol LDL, aunque el diagnóstico definitivo es el genético. Desde la Fundación, intentamos que las autoridades sanitarias de este país lleven a cabo un plan de detección mediante la búsqueda familiar, a partir de un caso con diagnóstico genético de HF, porque sería una estrategia eficaz para identificar a la mayoría de los niños afectados.

Más sobre el Ezetrol

Me dirijo a ustedes para exponerles mi caso. Vivo en Valencia, tengo Hipercolesterolemia Familiar. Durante dos años he tomado Ezetrol con aportación reducida, al igual que las estatinas. Sin embargo, desde este pasado mes de enero, me han comunicado que se trataba de un error. También he leído en su Boletín que efectivamente el Ezetrol no está en aportación reducida. ¿Qué puedo hacer ahora? No puedo seguir con el Ezetrol por razones económicas. Pero tampoco puedo controlar mi colesterol. Tengo 55

años y el colesterol con unos valores 365 mg/dl. Me gustaría saber si desde la Fundación se puede hacer algo, para que las personas como yo, que dependemos del Ezetrol de por vida y tenemos una situación económica difícil tengan algún tipo de ayuda. En mi caso, no tolero las estatinas por presentar dolores musculares.

Teresa Nouel
Valencia

Soy socio de la Fundación y recibo habitualmente el Boletín informativo. Además de agradecerles la información que en mi caso, me resulta de una gran utilidad, les agradezco igualmente las gestiones que están realizando para conseguir que el Ezetrol (ezetimiba) –fármaco que tomo para controlar la HF– obtenga la misma consideración que las estatinas. Tengo 61 años y desde hace tiempo vengo soportando los gastos extraordinarios para el tratamiento de la HF. Ha supuesto un gran alivio la aportación reducida para las estatinas, pero quienes nos vemos obligados al consumo sistemático de Ezetrol, necesitamos hacer un importante desembolso económico para el tratamiento crónico de esta enfermedad. ¿Qué más podemos hacer para que la Administración Sanitaria reconozca que la HF es una enfermedad crónica, que nos acompaña desde el nacimiento?

Rafael Jiménez Carracedo
Madrid

Estimados amigos, mi nombre es Pedro, soy el primer caso diagnosticado genéticamente de HF de la familia estudiada el pasado día 24 de marzo en Villanueva del Ariscal (Sevilla). Y deseo agradecer a la Fundación y a la Unidad de lípidos del doctor José Villar del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla todo el apoyo que nos han prestado, teniendo en cuenta que nuestro grupo familiar lo formamos veinte personas. Además, quería decirles que

»



entre todos debemos hacer llegar al gobierno de este país que esta enfermedad la tenemos desde que nacemos y no entendemos por qué tenemos que pagar el tratamiento. Desde hace algún tiempo, yo tomo Ezetrol junto con la estatina, al igual que otros familiares. El Ezetrol nos supone un importante desembolso económico a todos nosotros. Nuestra pregunta es la siguiente: si las estatinas son de aportación reducida por formar parte del tratamiento de la HF, ¿por qué no lo es el Ezetrol que también es parte del mismo tratamiento?

Pedro López Fernández
Villanueva del Ariscal (Sevilla)

Como se puede comprobar en nuestros boletines anteriores, son muchas las personas que nos envían cartas exponiendo la dificultad que supone para una economía familiar incluir un gasto continuado como es el tratamiento de la HF, sobre todo teniendo en cuenta la agregación familiar de esta enfermedad, que en muchos casos necesitan varias personas en una misma familia seguir. Por el momento, no podemos dar la respuesta deseable, pero sí podemos transmitir un mensaje de esperanza, después su aprobación por la Comisión de Sanidad en el Congreso, de la que hablábamos en la carta anterior.

Dudas sobre el etiquetado de alimentos

Somos una familia con HF y me pongo en contacto con vosotros porque hace unos días hice un análisis a la segunda de mis hijas de 5 años, y creo que presenta los valores de colesterol un poco altos: Colesterol total= 247, Colesterol HDL = 58 y Colesterol LDL 189. Me gustaría que me dierais vuestra opinión.

Por otra parte, me gustaría saber interpretar y valorar la información que viene en las etiquetas de los productos alimentarios: grasas saturadas, monoinsaturadas, colesterol etc. Quizás estaría bien que publicaseis algún artículo sobre este tema en próximos boletines.

Pilar Pérez
Gerindote (Toledo)

Aunque algunas indicaciones referidas al tratamiento en niños se han señalado en una carta anterior, es importante destacar los valores que nos ayudarán a situarnos mejor ante un posible diagnóstico de HF. Cuando existe en la familia un colesterol LDL en niños, mayor de 135 mg/dl o un colesterol total mayor de 200 mg/dl son valores compatibles con el diagnóstico genético de HF. En el caso de su hija, se cumplen los criterios. Y sería el momento ideal para comenzar con las medidas dietéticas.

Con respecto al etiquetado de los alimentos, es cierto que todos echamos en falta información que nos ayude a conocer mejor los alimentos que ingerimos. A veces no conocemos su composición, y otras veces, necesitaríamos el contenido específico. Así, cuando se trata de la composición de las grasas, necesitaríamos saber de que tipo e grasa se trata. Es un tema que despierta todo nuestro interés y que dada la importancia que tiene la alimentación en nuestra salud, tenemos que tratar de mejorarlo. En nuestra página web: www.colesterolfamiliar.com, dedicamos un capítulo a "grasas y aceites". Además, en unos días sacaremos una nueva Guía que nos ayudará a introducir pequeños cambios en nuestra vida que incidirán de forma directa en la mejora de nuestra salud, y también nos ayudará a interpretar el etiquetado de los alimentos (ver página 5).

Dudas de alguien que quiere ser madre

Quería comentaros que hace aproximadamente un año, me diagnosticaron una Hipercolesterolemia Familiar Heterocigota y sigo tratamiento con una estatina. En estos momentos desearía quedarme embarazada y me gustaría que me ayudaseis a resolver algunas dudas que tengo al respecto, puesto que mi endocrina me dice que la estatina podría provocar malformaciones en el feto. Necesito sus respuestas, porque según me han indicado en el centro de atención primaria, no tenemos endocrina hasta nuevo aviso, y el médico de cabecera no conoce muy bien este tema. Mis preguntas son varias. Si suspendo la medicación ¿qué haría des-

pués? ¿Existe algún otro tratamiento que pueda seguir mientras me quede embarazada? ¿Cuánto tiempo tengo que esperar desde que suspendo la medicación hasta que busque el embarazo? ¿Cuánto tiempo necesita el cuerpo para limpiarse del medicamento?

M.ª Ángeles Querol
Badalona

Espero que le podamos ayudar a resolver sus dudas, y al mismo tiempo, consigamos devolverle la tranquilidad necesaria que requiere su situación. El tratamiento farmacológico no debe usarse durante el embarazo y la lactancia. Las estatinas no deben utilizarse en el embarazo. Un Estudio en Estados Unidos publicado en el 2004 (*New England Journal Medicine*) ha encontrado anomalías en recién nacidos de madres que estaban tomando estatinas durante el embarazo (ver Boletín n.º 14). Desde el momento en que busque el embarazo debe suprimir el tratamiento con estatinas. Si una mujer de manera inesperada se queda embarazada mientras toma estatinas, debe suspender la medicación inmediatamente y consultar con su médico. Durante este período deberá seguir las recomendaciones dietéticas y se pueden incluir alimentos funcionales con esteroides vegetales. Además, es aconsejable llevar un estilo de vida saludable: ejercicio físico suave, control de peso y, por supuesto, suprimir el consumo de tabaco. Si los niveles de colesterol fueran muy altos durante el embarazo, y si el especialista considera necesario reducirlos, se pueden prescribir resinas, que actúan únicamente a nivel intestinal y por tanto, no se absorben. Pero teniendo en cuenta que el embarazo puede producir náuseas y estreñimiento, las resinas al igual que otros medicamentos podrían acentuarlo. Respecto al tiempo que su organismo necesita para verse libre de los efectos de las estatinas es muy corto, debido a que la vida media de dichos fármacos es inferior a 48 horas. No obstante, se recomienda suspender las estatinas al menos un mes antes de quedarse embarazada.

Qué hace la FHF



FUNDACION HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR

¿Qué hace la Fundación Hipercolesterolemia Familiar?

En la Fundación Hipercolesterolemia Familiar, aconsejados y apoyados por profesionales de la Salud, ayudamos a todos los que están interesados en conocer mejor los riesgos de la enfermedad cardiovascular, sobre todo los riesgos del colesterol elevado.

Con el apoyo de especialistas, dietistas y personal preparado, la Fundación Hipercolesterolemia Familiar tiene como objetivo informar a las personas y/o a las familias con Hipercolesterolemia Familiar

(HF). En general, a todos los que desean saber más acerca del colesterol elevado por razones de origen genético o heredado.

Concienciamos sobre la importancia de la HF. Además de:

- Promover el bienestar de las personas con HF
- Apoyar el diagnóstico precoz de la HF
- Informar sobre los riesgos del colesterol elevado
- Mejorar la identificación de los factores de riesgo para evitarlos
- Defender una Organización de pacientes con HF en Europa

¿Qué puedo hacer yo?

Usted puede marcar una diferencia positiva en su bienestar y en el futuro de la Fundación HF, uniéndose a este proyecto solidario. Por ello, **les animamos a que rellenen la inscripción de socio.**

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

Socios protectores de la FHF



LA VIDA POR DELANTE



Jornada de puertas abiertas

El próximo día 4 de mayo os esperamos a todos en la jornada de puertas abiertas, que tendrá lugar en la explanada del Santiago Bernabeu, de Madrid, que se desarrollará entre las 10 y 20:30 horas. El objetivo principal de la jornada es informar acerca de la Hipercolesterolemia Familiar (HF) y de la importancia de realizar un cribado diagnóstico a todos los familiares cuando hay una persona afectada; educar en hábitos de vida saludables para prevenir la aparición de la enfermedad cardiovascular, y sensibilizar a la sociedad, medios de comunicación y autoridades sanitarias acerca de la importancia de seguir unos hábitos de vida sanos para controlar el colesterol. Durante la jornada se desarrollarán diversas actividades formativas y de carácter lúdico. También se ha dispuesto una zona de juegos infantiles, así como un taller de promoción de buenos hábitos alimentarios para los más pequeños. En nuestra página web: www.colesterolfamiliar.com, encontrará el programa de la jornada. Y para más información se puede llamar a cualquiera de los teléfonos de la Fundación Hipercolesterolemia Familiar: 91 504 22 06 y 91 557 00 71. La Jornada cuenta con el patrocinio del Instituto Flora.

Hemos cambiado nuestra sede

La Fundación Hipercolesterolemia Familiar ha cambiado su sede. Desde el día 1 de abril estamos en nuestro nuevo domicilio:

C/ Álvarez de Castro, 14, 1.º E
28010 Madrid

Los teléfonos siguen siendo los mismos. También se mantiene el e-mail: colesterolfamiliar@terra.es. Es probable que algunos mensajes se hayan extraviado como consecuencia del cambio. Rogamos sepan disculpar las molestias ocasionadas.

Se une al proyecto un nuevo socio patrocinador: COGAL

Se trata de una cooperativa gallega que decide en el 1985 iniciar un proyecto de futuro introduciendo en el mercado la carne de conejo. Apostó por la calidad "por principio" desde su creación y hoy cuenta con más de 200 granjas establecidas principalmente en Galicia. A lo largo de estos años han construido una empresa que conjuga la competitividad en el mercado con los criterios de calidad y compromiso medioambiental. La Fundación Hipercolesterolemia Familiar desea que esta colaboración sirva para contribuir a mejorar nuestra alimentación, que sin duda repercutirá en una mejora de la salud cardiovascular de todos los ciudadanos y especialmente de las personas con Hipercolesterolemia Familiar.



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.