

En este número...

Un ejemplo de lo que no debe
ocurrir 2

La lucha contra la HF, una
apuesta por la salud pública ... 3

Sevilla y Elche se suman a las
jornadas de detección de
la HF 4-5



Dejar de fumar es posible 6

165 nuevos casos detectados
en el primer año del plan de
Castilla y León 7

La obesidad infantil se dispara
en España 8-9

Noticias 10-11

Recetas de invierno 12

Cartas a la FHF 13-14

Qué hace la FHF 15

Fundación Hipercolesterolemia Familiar

C/ General Álvarez de Castro, 14, 1.º E
28010 Madrid
Tlfs.: 915042206/915570071 Fax: 915042206
Web: www.colesterolfamiliar.com
e-mail: info@colesterolfamiliar.com

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



Siguen siendo muchos los que no lo saben

Pasan los años, llega ya el 2010, y seguimos siendo conscientes de que un buen número de nuestros conciudadanos no saben que padecen hipercolesterolemia familiar (HF). En este Boletín, que hace ya el número 30, hemos contactado con una joven mujer, Eva Gómez Ferrández, que no supo que era portadora de HF hasta que sufrió un infarto a los 28 años. Hoy, nueve años después, se encuentra bien, hace vida completamente normal, pero a nuestra Fundación Hipercolesterolemia Familiar le ha recordado que casos como el suyo pueden volver a ocurrir, es más, ocurren todos los días. La hipercolesterolemia familiar (HF) y otra dolencia similar heredada, la hiperlipemia familiar combinada, afectan a unas 700.000 personas en España y se estima que la gran mayoría no son conscientes de que tienen un elevado riesgo de muerte prematura de origen cardiovascular.

Este desconocimiento es el resultado de que la mayoría de los servicios de salud en España no reconocen la desastrosa implicación de no hacer nada, ni el enorme coste humano de las hiperlipemias hereditarias en términos de vidas perdidas, así como la carga económica y social en sus presupuestos en salud a medio y largo plazo. Probablemente, porque la HF no da síntomas y tampoco hay signos aparentes de enfermedad, ni la percepción de que un primer evento cardiovascular (infarto de miocardio o ictus) puede ser fatal.

Mientras tanto, continúan las declaraciones de los responsables de la administración sanitaria para afirmar la necesidad de la prevención, pero la HF sigue sin ser prevenida. "La sanidad del siglo XXI va a estar centrada en la prevención y la futura ley de salud pública parte de una visión muy progresista", dice la ministra de Sanidad, Trinidad Jiménez, pero el ministerio sigue sin liderar la puesta en práctica de un plan nacional de detección de la HF.

Aún así, no deja de haber signos de esperanza, como el recién implantado plan de detección en Castilla y León, que ya ha detectado en su primer año de andadura 165 nuevos casos (página 7). Y para la Fundación resulta gratificante comprobar el entusiasmo con que se nos acoge en jornadas de detección como las que hemos celebrado recientemente en Sevilla (jornada a la que pertenece nuestra fotografía de portada) y Elche (páginas 4 y 5).

Por todo ello, y pese a todo, feliz año 2010.

Un ejemplo de lo que no debe ocurrir

La hipercolesterolemia heredada es un trastorno de la infancia que se expresa en la edad adulta en forma de infarto de miocardio prematuro. Para documentar este hecho traemos la historia de Eva Gómez Ferrández, el personaje de este Boletín (en la columna de al lado), que presentó un infarto de miocardio a los 28 años. Este hallazgo no es un hecho anecdótico, sino un fallo de prevención que no puede permitirse un sistema moderno de salud pública. Porque siguen siendo muchas las personas que no saben que padecen esta enfermedad familiar. Y eso teniendo en cuenta que las personas con hipercolesterolemia familiar (HF) sin un diagnóstico y un tratamiento adecuado tienen una esperanza de vida de 20 a 30 años menos que el resto de la población.

El programa estratégico de salud de la Unión Europea tiene como objetivo conseguir que toda persona alcance "una vida larga, sana y sin problemas cardiovasculares prematuros". Por tanto, los niños que nazcan en el siglo XXI merecen la máxima prioridad en las políticas de salud pública. Por este

El programa estratégico de salud de la Unión Europea tiene como objetivo conseguir que toda persona alcance "una vida larga, sana y sin problemas cardiovasculares prematuros"

motivo, las personas con elevado riesgo cardiovascular como son los niños con HF necesitan un programa de detección precoz. Precisamente en los programas de salud pública de nuestro país se contempla el cribado genético de acceso universal y equitativo para identificar a las personas con un trastorno genético, que como en la HF no tienen síntomas aparentes de la enfermedad y en los que una intervención médica precoz puede evitar la mortalidad de causa cardiovascular.

Como también venimos insistiendo en boletines anteriores, han pasado seis años desde la aprobación de la aportación reducida de las estatinas para el tratamiento de la HF y todavía numerosos pacientes siguen sin acceder a este derecho social. Y con evidente sentido común se preguntan que cómo es posible que en dos comunidades próximas como Andalucía y Extremadura haya criterios diferentes para obtener la aportación reducida o en otras comunidades se haga a través de un reembolso de gastos con las consiguientes molestias para la personas con HF (ver la sección de Cartas, en la páginas 13 y 14). Estas anomalías se hacen más evidentes en el caso de familias numerosas cuyos miembros viven en diferentes comunidades en las que a cada uno se le exigen criterios diferentes. Para acabar con estas desigualdades, la administración sanitaria debería buscar una fórmula más sencilla e igualitaria para todas las personas con HF. Y el Ministerio de Sanidad, aunque no tenga competencias en asistencia sanitaria, debería cohesionar la prestación sanitaria y liderar un plan de detección de la HF para potenciar la prevención de la enfermedad cardiovascular.

Personaje



Eva Gómez Ferrández

37 años

Alicante

Eva es el ejemplo perfecto de lo que nunca debería ocurrir: no saber que se es portador de hipercolesterolemia familiar (HF) hasta que no se tiene un episodio cardiovascular, en su caso un infarto de miocardio que sufrió a los 28 años. Ahora tiene 37, y después de que le pusieran dos *stent* y de pasar, según recuerda, "unos meses horribles" porque se encontraba muy débil, hace vida absolutamente normal: trabaja como administrativa, hace deporte (natación, bicicleta) para compensar una profesión tan sedentaria, toma medicación para controlar sus cifras de colesterol y se controla una vez al año.

El caso de Eva es especialmente significativo porque no tenía ningún otro factor de riesgo: ni fumaba, ni presentaba una elevada tensión arterial, ni hacía nada que pudiera sospechar que pudiera sufrir un infarto. Es verdad que sí sabía, desde los 23 años, que tenía el colesterol elevado, pero aparte de tomar nota de lo que el médico le dijo –que llevara cuidado con la dieta–, ella, según cuenta, no le dio ninguna importancia.

Hasta que a los 28 años, llegó el infarto. "En el hospital", recuerda, "los médicos no se lo creían, pensaban que había otras causas, me preguntaban qué me había tomado, y yo les decía que nada, y ellos venga a insistir, que si cuanto antes nos los cuentos antes llegaremos a una solución...". Hasta que llegaron los análisis, suyos y de sus familiares, y se descubrió la causa: toda su familia materna presentaba elevados niveles de colesterol, y en esa rama familiar ya se habían producido varios problemas cardiovasculares, aunque ninguno tan precoz como el suyo. Y ese es el verdadero problema: que haya personas que tengan que esperar a un infarto o a un ictus para saber que corren ese riesgo. Porque no todos tienen la suerte que, en el fondo, tuvo Eva, que desde entonces, y ahora ya sí, convenientemente tratada, no ha tenido "ninguna recaída, ni dolores ni nada".

La lucha contra la HF, una apuesta por la salud pública

La primera prioridad en el ámbito de la salud para la presidencia europea que ostentará España en el primer semestre del 2010 se centrará en la salud pública, según declaraciones de Trinidad Jiménez, ministra de Sanidad y Política Social. Uno de los principales objetivos es la mejora de la atención a los pacientes con patologías crónicas. Entre los objetivos está el control de la obesidad y la lucha contra el tabaquismo, problemas que comentamos en este Boletín (páginas 6, 8 y 9).

La enfermedad cardiovascular (infarto de miocardio, ictus o infarto cerebral...) es la principal causa de enfermedad y fallecimiento en España y en Europa. Y muchos de los problemas cardiacos que se sufren en la etapa adulta se inician en la infancia, un periodo donde las estrategias de prevención pueden funcionar de manera adecuada, porque en esta etapa de la vida es más fácil la adquisición de hábitos de vida saludables.

Las hipercolesterolemias familiares son un trastorno hereditario de la infancia que presenta sus complicaciones en forma de enfermedad cardiovascular prematura en la edad adulta. La hipercolesterolemia familiar (HF) y otra forma de

La enfermedad cardiovascular (infarto de miocardio, ictus o infarto cerebral...) es la principal causa de enfermedad y fallecimiento en España y en Europa

Las hipercolesterolemias familiares son un trastorno hereditario de la infancia

hiperlipemia heredada como la hiperlipemia familiar combinada afectan a unas 700.000 personas en España. Y se estima que, al igual que en otros países, la gran mayoría no son conscientes de que tienen un elevado riesgo de muerte prematura de origen cardiovascular. Un estudio reciente ha demostrado que cerca de un 50 por ciento de los infartos de miocardio en edades muy jóvenes tienen una hiperlipemia familiar (ver página 11). Sin tratamiento el aumento del riesgo de infarto de miocardio en los jóvenes con hipercolesterolemia heredada es cien veces mayor que en el resto de la población.

Por tanto, dos importantes hechos hacen de las hipercolesterolemias familiares un área de vital importancia para el diagnóstico precoz y la prevención. Primero: la mayoría de los servicios de salud en España y en Europa no reconocen la desastrosa implicación de no hacer nada, ni el enorme coste humano de las hiperlipemias hereditarias en términos de vidas perdidas, así como la carga económica y social en sus presupuestos en salud a medio y largo plazo. Segundo: la HF no da síntomas y tampoco hay signos aparentes de enfermedad ni la percepción de que un primer evento cardiovascular (infarto de miocardio o ictus) puede ser fatal.

Todos los datos disponibles señalan que la HF es un problema de salud. Y puesto que existe un tratamiento eficaz, está justifica-

da desde una perspectiva de salud pública la detección familiar precoz, el tratamiento y seguimiento de los pacientes con hipercolesterolemias heredadas para prevenir la enfermedad cardiovascular prematura. El médico de atención primaria representa el primer filtro asistencial y es un referente en salud para la población. Por tanto, su participación en la detección y seguimiento de las familias con HF tiene un papel fundamental en la prevención de la enfermedad cardiovascular prematura.

Cerca de un 50 por ciento de los infartos de miocardio en edades muy jóvenes tienen una hiperlipemia familiar

Existen suficientes argumentos para realizar una estrategia nacional de detección de la HF y no debemos olvidar que si no detectamos a estas familias, las estamos convirtiendo en un grupo en riesgo de exclusión en salud. "La sanidad del siglo XXI va a estar centrada en la prevención y la futura ley de salud pública parte de una visión muy progresista", según declaraciones de Trinidad Jiménez, ministra de Sanidad. Desde la Fundación Hipercolesterolemia Familiar creemos que es el momento para que el Ministerio lidere con las comunidades autónomas una estrategia de detección de la HF. El plan pionero de detección puesto en marcha por Castilla y León con la participación del médico de familia debe servir de reflexión y estímulo para conseguir el objetivo de las políticas sanitarias, que es la mejora en la protección de la salud pública.

Sevilla y Elche se suman a las jornadas de detección de la HF

Para conseguir avanzar en la prevención de la enfermedad cardiovascular, la Fundación Hipercolesterolemia Familiar se desplazó durante los días 18, 19 y 20 de septiembre a Elche, donde llevó a cabo una nueva jornada de detección genética de hipercolesterolemia familiar (HF), con la colaboración y apoyo del servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Elche, en el que prestan sus servicios los doctores Alberto Martín Hidalgo, Mar Piedecausa y Víctor Cánovas.

La charla coloquio fue el inicio del encuentro, en el que las familias expusieron sus preguntas acerca de todo lo que les preocupa sobre la hipercolesterolemia, para prevenir los eventos cardiovasculares, que algunas de ellas conocen bien por haberlos sufrido, episodios que quizá hubieran podido evitar de haber estado mejor informados. Todos querían saber más sobre la dieta, porque saben que la alimentación tiene un papel esencial en el cuidado de la salud cardiovascular. Y algunos se plantearon dejar el tabaco, después de escuchar las respuestas de los expertos, insistiendo en que es uno de los principales factores de riesgo en la enfermedad cardiovascular. También fueron temas recurrentes el tratamiento durante el embarazo y el uso de anticonceptivos, que no son incompatibles con el tratamiento de la HF, según se puso de manifiesto en nuestra reunión inicial.

Cuando en junio fijamos la fecha de la reunión, pensamos que el período vacacional iba a suponer un esfuerzo adicional en los contactos. Y a la hora de organizar el árbol familiar de las quince familias participantes, se confirmaba nuestro presagio. Algunas familias disfrutaban ya de las vacaciones. Sin embargo, gracias a



La jornada de Sevilla, que en principio se iba a localizar en Utrera, se extendió al final por una amplia comarca sevillana.

100 adultos y 11 niños en Sevilla, y 5 niños y 90 adultos en Elche fueron protagonistas de dos nuevas jornadas de detección de la HF

esas personas que siempre están dispuestas a llegar más allá, pudimos transmitir nuestros mensajes informativos a todos, incluso a los más reacios, porque al igual que hemos observado en anteriores jornadas, la falta de información es la verdadera razón de que a veces se prefiera dar la espalda al riesgo de la enfermedad cardiovascular, por miedo "a que me saquen algo", según sus propias palabras. Y esta es la verdadera razón que mueve a la Fundación a realizar estas acciones, encaminadas a informar, sobre todo, para identificar a los más pequeños, por una parte, pero también para concienciar a

los adultos más remisos, que por no presentar síntomas creen que a ellos nos les va a tocar.

Resultó muy gratificante durante las mañanas del sábado y domingo comprobar cómo iban llegando todos acompañados de sus hijos y nietos, incluso aquellos que en un principio, no pensaban participar. Otros aprovecharon para hacer de la jornada una reunión familiar. Los que en representación de la Fundación tuvimos la suerte de participar, además de la satisfacción de estudiar a 90 personas adultas y 5 niños, nos sorprendió la belleza del palmeral de la ciudad que colmó las expectativas de los que no lo conocíamos. Ahora todos esperamos una próxima cita. También las familias con HF.

Jornada sevillana

También nos desplazamos a Sevilla, donde los días 14 y 15 de noviembre, en colaboración con el Servicio de Medicina Interna del Hospital Virgen del Rocío,

donde trabajan los doctores José Villar Ortiz y Ovidio Muñoz Grijalvo, se llevó a cabo la Jornada de identificación de nuevos casos de HF, en la que se estudiaron 100 adultos y 11 niños. Este evento acabó siendo la jornada de Sevilla, cuando originalmente estaba prevista como la jornada de Utrera. Y es que la familia Camarero, de Utrera, que ha supuesto el 30 por ciento de los participantes, consiguió, gracias a su buena disposición, entusiasmo y cariño, que pudiéramos contactar con gran parte de sus familiares, que viven en pueblos próximos a Utrera: siempre aparecía el primo, la tía o cualquier otro pariente lejano para ayudarnos a que nuestro mensaje llegara a todos aquellos cuyo centro de referencia no era el Hospital Virgen del Rocío. Y así, durante las mañanas del sábado y el domingo contamos con tres generaciones –abuelos, hijos y nietos–, que acudieron según su cita prevista, dispuestos a cumplimentar junto al resto de las familias citadas el cuestionario de alimentación, para continuar con el estudio clínico y la analítica. Todos participaron en una experiencia estu-penda.

Y otra situación interesante fue el cruce de genes maternos y paternos de HF que encontramos al organizar el árbol familiar de algunas otras familias participantes, que nos abrió nuevas vías de búsqueda. Ahora debemos esperar los resultados genéticos para poder estudiar esas líneas familiares que han quedado pendientes de conocer el resultado de estos nuevos casos índices.

También fuimos testigos de un nuevo nacimiento. Esta es la razón de que Julio nos abandonara la mañana del sábado a mitad de la espera. No pudo terminar de cumplimentar ni siquiera sus cuadernos de recogida de datos. La noticia pudo con todo. Y es que acababa de ser padre. Queda pen-

En Sevilla, un cruce de genes maternos y paternos de HF de algunas familias participantes abrió nuevas vías de búsqueda

diente de que le cite Mary Cruz Pizarro, la enfermera de todos conocida y querida, cuya implicación ha sido esencial en el éxito de esta Jornada. También han aflorado casos de HF que de otra forma habrían quedado adormecidos, hasta que la enfermedad cardiovascular hubiera presentado su peor cara. Nos alegramos por José María, que se decidió a participar movido por sus hijos pequeños, "por si acaso". Ahora no importa el motivo de estar allí, porque entre todos lo hemos conseguido. Lo verdaderamente importante es que ha llegado a tiempo de poner en marcha todas las medidas necesarias para evitar el progreso de su enfermedad cardiovascular. Entre todos lo conseguimos. A partir de ahora todos forman parte del Estudio de seguimiento de familias – Estudio Cohorte, que ya tiene estudiados los casos de más de 2.000 personas pertenecientes a unas 400 familias de toda España. Desde la Fundación nos encargamos de enviarles recordatorios: contactos telefónicos, envío de información, etc., para acabar de concienciarles de lo que significa la prevención y su implicación directa en el conocimiento y cuidado de su salud.



Las palmeras de Elche recibieron al equipo de la Fundación, que tuvo una extraordinaria acogida. En la foto de la derecha, la enfermera Mary Cruz Pizarro, del Hospital Virgen del Rocío, de Sevilla, en plena acción en la otra jornada de detección del último trimestre.

Dejar de fumar es posible

El tabaquismo es en la actualidad la primera causa aislada de enfermedad evitable en nuestro país. Cada año, más de 50.000 personas mueren en España debido al consumo de tabaco. Además de los efectos adversos para la salud del fumador, el consumo de tabaco también tiene efectos dañinos sobre los no fumadores, pero que comparten espacios cerrados con los fumadores (familia, niños, etc.), es decir, para los "fumadores pasivos", que tienen un aumento en el riesgo de sufrir enfermedades pulmonares crónicas, cáncer de pulmón e infarto de miocardio. Cerca de la mitad de los niños españoles son fumadores pasivos según las estimaciones del Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo.

Más de 50.000 personas mueren cada año en España debido al consumo de tabaco

Abandonar el hábito del tabaco es una de las cosas más importantes que se puede hacer para mejorar la salud y el bienestar personal. Las personas que dejan de fumar disminuyen el riesgo de padecer cáncer, enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares y el riesgo de sufrir una muerte prematura. Las mujeres que dejan de fumar antes o durante el embarazo reducen el riesgo de infertilidad o de tener un bebé de bajo peso. También será bueno para su familia, amigos y compañeros. Además, se librará de una dependencia que le hará sentirse orgulloso.

La mayoría de los fumadores desean dejar de fumar, pero abandonar el tabaquismo puede resultar difícil. La mayoría de los antiguos fumadores prueban a dejar el cigarrillo varias veces, a menudo incluso de 8 a 10 veces, antes de que puedan dejarlo para siempre.

Tratamientos de reemplazo

El tratamiento de reemplazo con nicotina ayuda a aliviar los síntomas de abstinencia que, según muchos fumadores, es lo que no les permite dejar el hábito. Contiene nicotina, pero sin las sustancias perjudiciales que se encuentran en los cigarrillos. La goma de mascar, los parches y las pastillas de nicotina son de venta libre.

Por el contrario, el tratamiento con medicamentos sin nicotina, como el bupropión y la vareniclina, es de venta bajo receta. Son medicamentos aprobados para ayudar a los pacientes a dejar de fumar. Por lo general, ambos medicamentos se toleran bien. Los efectos adversos más comunes son insomnio causado por el bupropión y náuseas causadas por la vareniclina. La mayoría de los fumadores que tratan de abandonar el hábito necesitan tratamien-

Existen varios productos farmacológicos que pueden ayudar a dejar el hábito de fumar

to con medicamentos o tratamiento de reemplazo con nicotina. Consulte a su médico acerca del tratamiento más adecuado para usted.



Cómo conseguirlo

- Comprométase. Tenga presente por qué quiere dejar y manténgase motivado.
- Busque la ayuda de su médico y haga con él un seguimiento continuo, especialmente durante el primer mes.
- Elija una fecha inamovible para dejar de fumar y marque su calendario. Elija una hora que no sea particularmente estresante y que no implique situaciones asociadas con fumar.
- Comience a fumar menos antes de la fecha elegida para dejar el cigarrillo.
- Piense en participar en un programa para dejar de fumar.
- Diga a sus amigos, familiares y compañeros de trabajo que usted está dejando de fumar para que puedan brindarle apoyo y motivación.
- Quite el tabaco de su ambiente. Evite los lugares donde la gente se reúne a fumar. Quite los cigarrillos de su automóvil, de su hogar y de su trabajo.
- Anticipe que puede experimentar síntomas de abstinencia tales como deseo por fumar, ansiedad, irritabilidad y agitación, aun con reemplazo de la nicotina o el tratamiento con medicamentos. Estos síntomas generalmente alcanzan su pico entre la primera y la tercera semana de haber dejado de fumar, pero, por lo general, se pueden controlar en unas pocas semanas.
- Ingiera una dieta saludable y manténgase activo para combatir el estrés y para minimizar el aumento de peso.

165 nuevos casos detectados en el primer año del plan de Castilla y León

Hace un año Javier Castrodeza, director de Salud Pública de la Consejería de Sanidad de Castilla y León, anunciaba en una entrevista en nuestro Boletín la puesta en marcha de un plan de detección genética a las familias con hipercolesterolemia familiar (HF) para prevenir la aparición de la enfermedad coronaria mediante un tratamiento precoz. Este plan modélico es pionero en España y a nivel internacional, porque, por primera vez, están implicados los dos niveles asistenciales, tanto de atención primaria como de especializada. En el contexto de este programa y con la colaboración de la Fundación Hipercolesterolemia Familiar se ha editado una guía clínica para los médicos y un folleto divulgativo para los pacientes. Además, se ha realizado una fase de formación de formadores a más de 400 médicos de atención primaria y especializada, que a su vez extenderán el conocimiento de la HF al resto de los médicos de la comunidad.

Se calcula que en Castilla y León hay unas 5.000 personas afectas de HF. Y se ha estimado que la mayoría podrían estar diagnosticadas en un periodo de seis a ocho años. El plan contempla la identificación genética en cascada de los familiares (afecta a la mitad de la familia) de un caso índice ya diagnosticado. Otra novedad es que se usa una muestra de saliva para el diagnóstico genético con la comodidad para el propio paciente y la facilidad que supone para el sistema sanitario al no precisar una extracción de sangre.

El programa de detección precoz de la HF de Castilla y León ha realizado a lo largo del año 2009 más de 250 estudios genéticos sobre esta enfermedad hereditaria. Según fuentes de la consejería, 179 corresponden a casos índices, con una



media de edad de 48 años y un ligero predominio de las mujeres. En cuanto a la valoración genética en familiares, se han analizado 72 personas con una media de edad de 37 años, tanto hombres como mujeres. El diagnóstico genético ha sido positivo en el 66 por ciento de los casos (165 en total). El 71 por ciento de los casos proceden de la atención especializada y un 29 por ciento de la atención primaria, incluido el medio rural. Aunque todas las provincias han enviado casos, el mayor número proviene de Valladolid, Salamanca y Soria.

Se ha llevado a cabo un periodo de formación de más de 400 médicos, que extenderán el conocimiento de la HF al resto de los profesionales de la comunidad

El análisis de estos datos evidencia que la mayoría de los casos provienen de la atención especializada y son casos índices. La explicación es que en la atención especializada ya se estaba siguiendo a pacientes con criterios clínicos de HF y el diagnóstico de familiares aumentará en los próximos meses, según comenta

Guillermo Domenech, jefe de Promoción de la Salud. Aunque todavía en una menor cantidad, también es importante la implicación inicial del médico de atención primaria en esta primera fase de detección de la HF, porque es la primera vez que el primer nivel asistencial puede pedir un diagnóstico genético. En una estrategia de prevención de la enfermedad cardiovascular en los pacientes con HF, el papel del primer nivel asistencial es clave debido a que el médico tiene más accesibilidad a los pacientes y familias con HF que los especialistas hospitalarios, comenta Javier Castrodeza.

El objetivo para el 2010 es aumentar la detección de la HF, especialmente el número de familiares identificados y que, progresivamente, vaya aumentando el número de diagnósticos desde la atención primaria. Además, se va a iniciar un estudio piloto, en paralelo a la detección genética de la HF, para identificar mediante diagnóstico clínico a las personas con hiperlipemia familiar combinada, otra hiperlipemia hereditaria que suele afectar también a la mitad de los familiares de primer grado y que es de 6 a 8 veces más frecuente que la HF. Para su puesta en marcha la consejería contará con la colaboración de la Fundación Hipercolesterolemia Familiar. La atención primaria es la puerta de entrada para poder identificar y proporcionar el manejo y seguimiento adecuado a los pacientes con hiperlipemias familiares. Este proyecto pionero permitirá al médico de atención primaria un mayor compromiso en la HF y sentará las bases para un cambio en el modelo asistencial y en la prevención cardiovascular en los pacientes de alto riesgo como son las familias con hipercolesterolemias heredadas.

La obesidad infantil se dispara en España

La epidemia de obesidad no afecta solo a los adultos sino también a los niños y adolescentes, en los que la tasa de aumento de la prevalencia es aún mayor, algo que se hace evidente desde la edad preescolar. El sobrepeso en la edad infantil es especialmente relevante porque la mayoría de los niños con este problema seguirán presentando sobrepeso u obesidad en la edad adulta.

En la última década se han duplicado las cifras de personas con exceso de peso corporal, especialmente entre las población más joven. De acuerdo con la última Encuesta Nacional de Salud, un 17 por ciento de los ciudadanos de nuestro país es obeso y, además, el 37 por ciento del total tiene exceso de peso. En la población infantil y juvenil (2-17 años) la prevalencia de obesidad es del 8,9 por ciento mientras que el sobrepeso asciende al 18,7 por ciento. En conjunto el 27,6 por ciento de los niños y niñas presenta un peso superior a lo recomendado.

El exceso de peso corporal se asocia con un aumento de la mortalidad, sobre todo en relación con las enfermedades cardiovasculares y ciertos tipos de cáncer. El sobrepeso u obesidad aumenta los factores de riesgo cardiovascular, porque contribuye al aumento del colesterol y los triglicéridos y al desarrollo de hipertensión arterial y diabetes tipo 2. El coste que genera la obesidad supone el 8 por ciento del presupuesto en salud.

El sobrepeso y la obesidad son las manifestaciones más visibles de la mala alimentación. Las sociedades occidentales consumen muy poca fruta, verduras y ácidos grasos omega-3, y demasiados ácidos grasos saturados, grasas trans, sal y azúcar. Los problemas alimenticios de hoy tienen poco que ver con la escasez y mucho con el consumo excesivo de calorías y la disminución de la actividad física. La obesidad está estrechamente vinculada al consumo de productos azucarados, bollería, embutidos y refrescos; además del tiempo dedicado a actividades sedentarias, como ver la televisión o los videojuegos.

En la actualidad un porcentaje muy elevado de la población realiza un consumo insuficiente de alimentos saludables, especialmente frutas, verduras y legumbres, que puede alcanzar hasta el 80 por ciento en la población infantil y juvenil. Por el contrario, los alimentos ricos en grasas y azúcares, como los precocinados, productos de bollería, chocolates, patatas

fritas, palomitas, aperitivos salados, etc., con elevado contenido calórico, suelen ser habituales en la dieta de los jóvenes.

El 27,6 por ciento de los niños y niñas españoles presenta un peso superior a lo recomendado

También la elección de los alimentos que consumimos se la debemos a la sociedad moderna. Los productos frescos son menos accesibles y suelen ser más caros, a diferencia de los precocinados o de consumo inmediato, más baratos y con un alto contenido en azúcares y grasas. De hecho, diferentes estudios han mostrado que las dietas sanas (con mayor proporción de frutas y verduras) se asocian a tener cerca mercados y tiendas especializadas en productos frescos. Estos alimentos, que nadie publicita, deben competir con la sofisticada mercadotecnia de la industria agroalimentaria, que presenta los precocinados como productos idealizados. Una parte importante de la población no sabe de dónde viene la comida que consume o cómo se produce. Y según el Observatorio de la Alimentación, el 52 por ciento de la población asegura que lo primero que tiene en cuenta al elegir los alimentos es la salud. Sin embargo, en las respuestas espontáneas, el 91 por ciento de los entrevistados reconoce que come lo que le apetece o le gusta.

Para prevenir la epidemia de obesidad, además de enseñar a elegir una alimen-



tación adecuada, hay que fomentar los estilos de vida saludables como la actividad física desde la infancia. Los hábitos se adquieren en los primeros años de la vida y modificarlos cuando se ha llegado a adulto suele ser muy costoso y la mayoría de las veces no se consigue. El uso del transporte motorizado en lugar de caminar o ir en bicicleta, el notable aumento de actividades de ocio y tiempo libre cada vez más sedentarias (televisión, ordenadores, videojuegos, etc.), limita las oportunidades y el tiempo dedicado a jugar y a hacer deporte, con el consiguiente descenso en el gasto de energía. En este sentido, el 13 por ciento de los niños nunca hace deporte o actividades



Los productos frescos, que se venden en mercados, tienen difícil competir con la industria agroalimentaria, que presenta los precocinados como productos idealizados

deportivas, y menos del 10 por ciento de los escolares realizan actividades deportivas una hora a la semana. La recomendación de los expertos es que a esas edades debe realizarse actividad física al menos una hora al día.

El sobrepeso y la obesidad son el resultado de un desequilibrio entre el aporte calórico y el gasto energético. La falta de actividad física o su disminución ha ocasionado que el gasto energético de los niños se haya reducido entre 300 y 600 kilocalorías diarias como media en las últimas décadas, que junto con el aumento del aporte calórico derivado fundamentalmente de ali-

mentos ricos en grasas y azúcares esta ocasionando la epidemia de obesidad en niños y adolescentes.

La magnitud del problema en España es preocupante. Por esto es imprescindible que las autoridades sanitarias y la población en general afronten este problema con mayor determinación. La administración debe respaldar medidas reguladoras que favorezcan estilos de vida más saludables y potencien entornos que faciliten su adopción. Tampoco debemos olvidar el compromiso familiar. La familia es el entorno natural en el que los niños deben adquirir y desarrollar hábitos de vida saludables.

Los hábitos se adquieren en los primeros años de la vida y modificarlos cuando se ha llegado a adulto suele ser muy costoso y la mayoría de las veces no se consigue

Consejos para evitar la obesidad

- La alimentación debe ser variada y aportar los nutrientes necesarios para el adecuado desarrollo del niño.
- No utilizar la comida para tranquilizar, premiar o castigar al niño.
- El apetito de los niños es variable. Un niño sano come cuando tiene hambre y no hay que obligarle a comer por la fuerza.
- Limitar la cantidad de alimentos ricos en calorías y de poco valor nutritivo como refrescos azucarados, productos de bollería y pastelería, dulces y otras golosinas.
- Tomar más frutas, verduras, cereales integrales y legumbres.
- Reducir las grasas saturadas. Para esto se debe comer mayor proporción de carnes de aves, conejo y pescados, tanto blancos como azules y disminuir las carnes grasas, embutidos y lácteos enteros.
- El aceite de oliva debe ser la grasa fundamental. También se pueden utilizar las margarinas enriquecidas con grasas insaturadas.
- Impedir que el niño reduzca o elimine el desayuno. El desayuno debe aportar casi un tercio de las calorías diarias totales.



- Establecer rutinas agradables para las horas de la comida. Procurar comer en familia y mantener horarios fijos.
- Realizar ejercicio físico todos los días. Cualquier tipo de actividad física siempre es mejor que ser sedentario.

Noticias • Noticias • Noticias • Noticias

La pérdida de peso mejora la función cardiaca

Las personas obesas que pierden una cantidad de peso moderada comiendo menos y haciendo más ejercicio mejoran su salud cardiovascular, según ha constatado un estudio realizado en Estados Unidos. Los investigadores han estudiado mediante el uso de ecocardiografía avanzada a 60 personas con obesidad moderada, que al inicio del estudio tenían una disfunción cardiaca, y a 46 personas con un peso normal durante un periodo de seguimiento de dos años. Durante el estudio los participantes realizaron dietas con menos calorías (de 1.200 a 1.500 para las mujeres y de 1.500 a 1.800 para los hombres) junto con ejercicio físico durante tres horas y media por semana (unos treinta minutos al día) que consistía principalmente en caminar. La media de pérdida de peso de estas personas en seis meses osciló entre 6 y 9 kilos. El beneficio de esta pérdida de peso se obtuvo entre los seis y doce meses posteriores del comienzo del estudio. Y las mejoras que se produjeron en los participantes incluyeron la disminución del tamaño del músculo cardiaco y una mejor dilatación y bombeo del corazón.

Journal of the American College of Cardiology (2009; 54:3276)



Los españoles consumen demasiada sal

El 80 por ciento de los españoles consume el doble de la cantidad de sal recomendada. En concreto tomamos una media de 9,7 gramos al día, una cantidad que casi duplica los 5 gramos diarios que recomienda la Organización Mundial de la Salud. Este exceso se debe, sobre todo, a un abuso de alimentos que contienen una gran cantidad de sal "oculta". Según un estudio de la Universidad Complutense, solo el 20 por ciento de la sal que consumen los españoles procede del salero, mientras que el resto es sal que está en los alimentos procesados, los embutidos (cocidos y curados), los caldos y salsas preparados y el pan, productos que aunque no son los más salados, si son los de mayor consumo.

Con todos estos datos el Ministerio de Sanidad afronta la segunda parte del Plan de Reducción de Consumo de Sal que consistirá

en informar al consumidor para promover una nutrición más adecuada y saludable. Al mismo tiempo, se buscará la colaboración de la industria de la alimentación para que los productos contengan menos sal y para que el etiquetado precise la cantidad de sodio de cada alimento.



¿Qué se necesita para alcanzar un futuro más saludable?

"Abordar todos los factores de riesgo cardiovascular puede llevar a un futuro más saludable", dijo el doctor Thomas Frieden, director de los Centros para el Control y Prevención de la Enfermedad, durante la sesión de apertura del Congreso de la Asociación Americana del Corazón celebrado en Orlando el pasado mes de noviembre.

En los análisis, no publicados, realizados por Frieden y sus colegas, descubrieron el potencial de prevenir más de 170.000 muertes cada año en Estados Unidos con el control de la hipertensión, el tratamiento de la hiperlipemia, la profilaxis con aspirina y el dejar de fumar. En términos de iniciativas de salud pública, Frieden propuso el control del tabaco en cada comunidad a través de las leyes antitabaco y la promoción de una alimentación

saludable junto con un entorno que anime a la actividad física y el cuidado de la salud orientado a la prevención.

Los sistemas de información en el cuidado de la salud pueden realizar una gran labor y marcar la diferencia cuando se orientan a la prevención de la enfermedad e interactúan con otros sistemas de información de salud para identificar a los pacientes que más lo necesitan.

El sistema de salud debe centrarse en el abecé de la enfermedad cardiovascular: el uso de la aspirina en los pacientes de elevado riesgo cardiovascular, el control de la presión arterial, el control del colesterol y en las ayudas para dejar de fumar. Según Frieden, "este sistema proporcionaría la atención médica que realmente cuida la salud".

Noticias • Noticias • Noticias • Noticias

Los tests genéticos alertan del riesgo cardiovascular

La utilización de los tests genéticos sirve para orientar sobre el riesgo cardiovascular y ayudarán a tomar la decisión sobre la necesidad del tratamiento. Las pautas de prevención pueden adelantarse si se conocen previamente las posibilidades que tiene una persona de desarrollar una enfermedad cardiovascular.

Aunque todavía existen pocos tests genéticos para conocer el riesgo cardiovascular, así como los genes que influyen en el desarrollo del infarto de miocardio, sí están disponibles los de enfermedades monogénicas como el de la hipercolesterolemia familiar (HF). En estos casos “el tratamiento farmacológico puede reducir ese elevado riesgo cardiovascular, sobre todo si los tests genéticos se realizan en las primeras etapas de la vida, ya que se puede iniciar de forma precoz el tratamiento farmacológico”, explicó Olle Melander, del Hospital

Universitario de Malmoe, en Suecia, durante el transcurso de un Simposio sobre Salud Cardiovascular realizado en Madrid con el patrocinio de la Fundación BBVA. Para Melander, la población diana para estas pruebas genéticas serían los pacientes de atención primaria. Comentó que “un ejemplo claro de este grupo serían los pacientes que tienen hipertensión o hipercolesterolemia sin ningún otro factor de riesgo”. Los análisis genéticos pueden ser una herramienta para ayudar a decidir sobre la utilización de los tratamientos, sobre todo en los casos con HF.



El tratamiento con ácido nicotínico reduce la placa aterosclerótica

En un estudio de imagen vascular realizado en Inglaterra, la utilización de niacina o ácido nicotínico se ha asociado con la regresión de la placa de aterosclerosis. Se estudiaron 71 pacientes que presentaban enfermedad vascular y niveles bajos de colesterol HDL. Todos estaban tomando estatinas y a la mitad se les añadió ácido nicotínico en dosis de hasta 2 gramos al día. El estudio de imagen vascular se realizó mediante la resonancia magnética.

Los resultados muestran una reducción en el tamaño de la placa en la arteria carótida al año de seguimiento en los pacientes en tratamiento con niacina. El estudio también mostró un aumento en el colesterol-HDL de un 23 por ciento y una reducción del colesterol-LDL de un 19 por ciento. Estos hallazgos apoyan las recomendaciones actuales para el empleo del ácido nicotínico en los pacientes con riesgo cardiovascular y colesterol-HDL bajo. Sin embargo, la utilización del ácido nicotínico se ha visto limitada por la aparición de efectos secundarios como el enrojecimiento y el picor de la piel. Recientemente la adición al ácido nicotínico de un componente que disminuye la aparición de ese enrojecimiento cutáneo consigue una mejor tolerancia. En España y Europa está comercializado con el nombre de Tredaptive.

Journal American College Cardiology (2009; 54:1787)

La HFC, presente en el infarto de jóvenes

El infarto de miocardio en personas muy jóvenes (menores de 40 años) es muy raro y se asocia con un mal pronóstico. Un estudio realizado en Austria con más de 100 pacientes menores de 40 años que han presentado un infarto de miocardio mostró que el 38 por ciento presentaban un perfil lipídico (colesterol y/o triglicéridos elevados) y una historia familiar compatible con el diagnóstico de hiperlipemia familiar com-

binada (HFC). También detectaron que un 8 por ciento de los jóvenes con infarto de miocardio tenían criterios de hipercolesterolemia familiar.

Los investigadores encontraron que la HFC es un factor mayor de riesgo de infarto de miocardio en edades muy jóvenes y la prevalencia de HFC en estos pacientes fue mucho más alta que la descrita previamente. La hiperlipemia familiar combinada afecta a un 1-2

por ciento de la población general, la presentan la mitad de los miembros de una familia y puede detectarse en la adolescencia. Los investigadores señalan que puesto que existe un tratamiento eficaz para controlar la hiperlipemia, está justificada desde una perspectiva de salud pública la detección familiar precoz de los pacientes con HFC.

European Heart Journal (2009; 30:1073)

Recetas de Invierno

Crema de espárragos trigueros

Ingredientes

20 espárragos trigueros frescos, un litro y medio de agua, una taza de café de leche evaporada desnatada, sal, pimienta blanca, 20 ml de aceite de oliva virgen.

Preparación

Cocer los espárragos en agua hirviendo unos 15-20 minutos. Pasado este tiempo, pasarlo todo por la batidora aprovechando el agua de la cocción. Añadir la leche evaporada, el aceite y salpimentar al gusto. Removerlo todo y cocinar a fuego lento unos cinco minutos más.

Para decorar se pueden reservar un par de trigueros y hacerlos a la plancha.

Utensilios

Una cazuela, una batidora.



Comida tipo de un día, planificada para una dieta de 2.000 kcal, con una distribución de principios inmediatos equilibrada, un aporte graso principalmente de origen monoinsaturado y un contenido bajo en colesterol y alto en fibra. Esta comida incluye 30 g de pan blanco (una pulga). Las recetas son para 4 raciones.

María Garriga
Dietista de la Fundación Hipercolesterolemia Familiar.

Guiso de mejillones



Ingredientes

600 gr de mejillones, 300 gr de patata, una cebolleta, un diente de ajo, una hoja de laurel, agua, 40 ml de aceite de oliva virgen.

Preparación

Limpiar los mejillones. Picar el ajo en láminas y ponerlo a pochar en una cazuela con un poco de aceite. Picar la cebolleta finamente e incorporarla a la cazuela. Pelar las patatas y cortarlas en rodajas. Añadir a la cazuela junto con la hoja de laurel. Rehogar un poco, verter agua hasta cubrir. Salpimentar y guisar durante 20-25 minutos. Añadir el pimentón y los mejillones bien limpios. Tapar la cazuela, cocinar durante 5 minutos hasta que se abran los mejillones.

Utensilios

Una cazuela.

Gelatina de frutas y yogur

Ingredientes

1 sobre de gelatina en polvo, ½ litro de zumo de naranja natural, zumo de medio limón, ½ piña, 1 kiwi, 12 uvas, 1 yogur natural desnatado.

Preparación

Calentar, en una cazuela, el zumo de naranja y el zumo de limón. Cuando empiece a hervir echar la gelatina en polvo y mover sin parar durante dos minutos. Mientras que se va enfriando, pelar la fruta y cortarla en trozos (quitar las pepitas de las uvas). En un molde echar la mitad de esta fruta y la mitad del líquido de la gelatina. Encima de todo esto, colocar el yogur natural desnatado y otra nueva capa de fruta. Echar el resto del líquido de la gelatina y meter el molde al frigorífico. Cuando esté cuajado, ya se puede desmoldar y servir en el momento.

Utensilios

Una cazuela, un molde.



Valor nutricional total del menú

(por ración)

Energía: 614 kcal

Proteínas: 29 g (19%)

Hidratos de carbono: 81 g (53%)

Grasas totales: 19 g (28%)

- Saturadas: 3 g (4%)

- Monoinsaturadas: 11 g (17%)

- Poliinsaturadas: 3 g (4%)

Cholesterol: 75 mg

Fibra: 5 g

Sodio: 648 g

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.

Lo que va de Sevilla a Cáceres

Les agradezco la información que nos han facilitado sobre la aportación reducida en el tratamiento de la hipercolesterolemia familiar (HF). En mi familia todos seguimos tratamiento. Algunos viven en Sevilla, y yo en la provincia de Cáceres. Para mí, el gasto mensual en el tratamiento es una carga económica importante, porque tanto mis hijas de 13 y 22 años, como yo, tomamos estatinas y ezetimiba (Ezetrol). Gracias a la información recibida en la jornada de identificación de nuevos casos de HF del pasado mes de noviembre en Sevilla, he iniciado los trámites para beneficiarnos del tratamiento gratuito, y me acaban de comunicar que para beneficiarnos, tanto mis hijas como yo, necesitaríamos un estudio genético. Por lo tanto, tendré que esperar hasta que ustedes nos comuniquen los resultados genéticos de la jornada. En cualquier caso, no entiendo muy bien por qué al tratarse de una misma enfermedad, en Sevilla se hace de una forma y aquí, en Cáceres, de otra. Es cierto que ni mis hijas ni yo tenemos todavía resultados genéticos, pero tanto mi padre como mis hermanas han resultado positivos, por lo tanto este resultado debería ser determinante, partiendo de la base de que la HF es un trastorno heredado. ¿Podrían decirme qué es lo que debo hacer?

Antonio Rodríguez Camacho

Casar de Cáceres (Cáceres)

Estamos de acuerdo con su planteamiento, y de nuevo, así se lo hemos hecho llegar a la administración sanitaria. Legalmente, la aportación reducida se debe dar a aquellas personas que reúnan los criterios clínicos de HF. En su caso, además de presentar criterios clínicos, reúne los genéticos, porque tanto su padre como sus hermanas han resultado positivos. Le recomendamos que acuda al hospital de San Pedro de Alcántara de

Cáceres, en el que el doctor Juan Francisco Sánchez Muñoz Torrero le orientará correctamente.

Diferentes experiencias con la burocracia sanitaria

Estoy asociado a la Fundación y deseo comunicarles que he seguido los pasos que ustedes nos han indicado y finalmente he conseguido la aportación reducida para el tratamiento de la HF que como todos sabemos es de por vida. Valga mi testimonio para que otras familias se animen a solicitarla, porque a mí no me ha resultado difícil.

José Pidre González

Madrid

Me pongo en contacto de nuevo con ustedes para que me informen cuando va a realizarse el reintegro de gastos al tratamiento de HF en la comunidad de Castilla y León siguiendo un "recorrido más corto". Ahora el camino para conseguirlo es interminable. Repetidamente, debo seguir este procedimiento: a) fotocopia de la receta, b) recoger la factura de la farmacia, c) facilitar el número de la cuenta bancaria donde se realice el ingreso, d) esperar cómo mínimo cinco meses para que se haga el ingreso, y así cada vez que necesito una nueva receta desde que conseguí la aportación reducida en el año 2007. Mi pregunta es: ¿cuánto hay que esperar a que este trámite se agilice y por qué no se ponen de acuerdo las diferentes comunidades autónomas del país para buscar una fórmula más sencilla? Parece que solo en Castilla y León, Cantabria y Murcia se ha optado por el reintegro de gastos, que como sabemos conduce a una burocracia absurda.

Rosa Eva Jiménez Jiménez

Miranda de Ebro (Burgos)

Les llamo para que me confirmen si el Crestor (rosuvastatina) tiene aportación reducida. Al mismo tiempo, quería comentarles que somos una familia con HF, que vivimos en diferentes comunidades autónomas y conocemos los diferentes procedimientos a seguir para conseguirla. Créanme que es difícil de entender las diferencias que existen. Por citar un ejemplo, algunos vivimos en Salamanca y aquí se hace por reintegro de gastos. Así, en junio de 2009 he cobrado todo lo del año 2007. Se solicita dos veces al año, y por ello, estamos obligados a controlar y gestionar las facturas de las recetas para hacer una relación de gastos y proceder a su envío. Y lo que es más importante, hacer un importante desembolso de nuestro bolsillo y esperar años hasta que se recupera. Para este próximo año 2010, todavía tendremos pendientes los gastos correspondientes a los años 2008 y 2009. Está clarísimo que este procedimiento resulta lento y obsoleto. Todos debemos animar a nuestra comunidad de Castilla y León a que siga el procedimiento de validación que llevan en la mayoría de las comunidades. Mi hijo Carlos vive en Jerez de la Frontera, y allí le ponen el sello de la inspección para enfermos crónicos, y se ahorra tiempo y dinero.

Mary Carmen Ortega Navarro

Salamanca

Al igual que en el caso anterior, queda probado de forma manifiesta que la administración sanitaria debería escuchar la voz de los pacientes para entender sus necesidades. La Fundación canalizará sus testimonios a la Consejería de Castilla y León, que dicho sea de paso, está haciendo un gran esfuerzo en sacar adelante el plan de Detección precoz de HF, para que considere la validación de la aportación reducida por otro sistema que no obligue a los pacientes a hacer ningún desembolso previo. Y respecto al Crestor (rosuvastatina), al





tratarse de una estatina, desde el momento de su comercialización entra en aportación reducida. Por lo tanto, el procedimiento a seguir es el mismo que con otras estatinas.

Dudas con los niños

Mi hija Carolina de 9 años presenta HF heredada de su padre de 46 años, que además de no seguir tratamiento es fumador. Este la heredó igualmente de su abuelo que sufrió un infarto a los 46 años. El pediatra le recetó Resincolestiramina dos sobres al día, pero le pedimos esperar para seguir una dieta rigurosa, y tener una nueva analítica. Sin embargo, los niveles apenas han bajado: presenta unas cifras de colesterol total 330, colesterol-HDL 58 y colesterol-LDL 260 mg/dl. Con estos resultados, se inicia el tratamiento según nos había indicado el pediatra. A los 6 meses, la nueva analítica indica una buena respuesta al tratamiento. Pero como le cuesta tomar las resinas, hemos reducido a un sobre al día combinado con un tratamiento homeopático, sin que hayan mejorado los resultados. Sin embargo, al ir a comprar de nuevo la Resincolestiramina, no la hemos encontrado en las farmacias y hemos cambiado a otra resina: Efenzol. En la última analítica de noviembre de 2009, los niveles no han mejorado. Necesitamos que nos digan si el tratamiento con resinas es el indicado.

Constanza Guillen Guerra
Las Palmas de Gran Canaria

Como continuación de nuestra conversación telefónica, paso a preguntar los dos temas que más me preocupan: 1) ¿Por qué los niños menores de 10 años, generalmente son tratados de su hipercolesterolemia, sólo con dieta? 2) ¿Podrían enviarnos la información que ustedes ofrecen?

Dr. Luis Martínez González
Médico pediatra
Las Palmas de Gran Canaria

Estamos bastante confusos respecto al tratamiento a seguir por nuestra hija Elena, de dos años. Elena ha heredado la HF de su padre y de su abuela. Las cifras de su última

analítica: colesterol total 310, colesterol HDL 46 y colesterol LDL 249 mg/dl. La siguen en un centro hospitalario, donde nos dicen que a los tres años deberá comenzar con tratamiento farmacológico reforzado con un complejo vitamínico. A mí, como madre, me da miedo, y antes de tomar la decisión, nos gustaría tener más información. Estamos asociados a la Fundación desde hace tiempo y necesitaríamos conocer su opinión.

Carmen De Miguel Martín
Valladolid

Soy madre de una niña de 6 años con HF, y además de todas mis preguntas acerca del tratamiento farmacológico, me gustaría que me resuelvan las siguientes dudas sobre la alimentación: a) Si se pueden comer mariscos; b) Si la margarina Flora tiene algún efecto beneficioso; c) Si Flora tiene galletas bajas en grasas; d) Si se deben descartar únicamente las grasas saturadas y las trans, y e) Si se pueden tomar fritos en aceite de oliva virgen.

Angeles Sanda Martínez
A Coruña

Tras comprobar que la mayoría de las consultas que recibimos comparten las mismas dudas, además de enviar a los padres un mensaje de tranquilidad, vamos a intentar concretar las respuestas, desde el punto de vista del tratamiento farmacológico y dietético. La indicación del tratamiento con fármacos en los niños con HF viene determinada principalmente por la edad del niño, los niveles de colesterol, los antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular prematura y la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular. Desde la Fundación Hipercolesterolemia Familiar entendemos que lo importante en los niños con HF es el diagnóstico precoz, para comenzar con las medidas dietéticas a partir de los 2-3 años y reforzar hábitos de vida saludable, evitando la obesidad y el inicio del consumo del tabaco sobre todo en la adolescencia. El tratamiento farmacológico se recomienda a partir de los 6 años, y debe comenzarse con resinas que actúan inhibiendo la absorción intestinal del colesterol y son muy seguras en los niños. El uso de las estatinas se recomienda a partir de los 10 años en los varo-

nes, y un año después de la primera regla en las niñas. También podría utilizarse a partir de los 10 años la ezetimiba; sin embargo, existe poca experiencia clínica en este grupo de edad.

Con respecto a las preguntas referidas a la alimentación que nos hace Ángeles, podemos aclararle que los mariscos en general se pueden consumir con moderación, porque aunque tienen colesterol, no tienen prácticamente grasa saturada, que es la que realmente eleva el colesterol. En cuanto a los productos de la marca Flora, hay dos tipos de margarina: Flora Proactiv, enriquecida con esteroides vegetales que se puede tomar a partir de los 6 años, y puede reducir hasta un 15 por ciento el colesterol LDL, y otra margarina Flora sin esteroides vegetales, que es rica en grasas insaturadas (omega 6 y omega 3) y que ayuda a controlar el colesterol; ambas se pueden utilizar en niños y adultos. Esta misma marca tiene, efectivamente, galletas bajas en grasas saturadas que ayudan a controlar el colesterol. Como consejo general, habría que disminuir el aporte de grasa saturada y evitar las grasas trans. En cuanto al aceite, el ideal para los fritos es el de oliva, especialmente el virgen. (Para más información, ver en nuestra página web colesterol.familiar.com y la guía para controlar el colesterol).

Por último, damos una respuesta más concreta a la carta de Constanza Guillén, de Las Palmas. En los niños, se pueden utilizar las resinas a partir de los 6 años de edad. En el caso de su hija estaría indicado el tratamiento con resinas, en la medida que las tolere (2-3 sobres al día suele ser la dosis habitual). Las estatinas son más eficaces, pero, insistimos, se pueden administrar a partir de los 10 años en niños (varones) y en niñas un año después de haber tenido la primera menstruación. Los estudios realizados con niños y adolescentes han demostrado que son seguras, y no afectan el crecimiento ni el desarrollo sexual. Con respecto al padre de Carolina, ser fumador, presentar el colesterol elevado, y tener antecedentes de infarto de miocardio en su padre le confieren un mayor riesgo cardiovascular. Las recomendaciones son que deje de fumar y que comience un tratamiento con estatinas con el fin de bajar el colesterol y reducir así el riesgo cardiovascular. También sería aconsejable que contacte con el doctor Antonio Acosta del Hospital Doctor Negrín, en Las Palmas.

¿Qué hace la Fundación Hipercolesterolemia Familiar?

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

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

¿Qué más puede hacer usted?

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

El Boletín informativo de la Fundación y su página web (www.colesterolfamiliar.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



*Trabajando juntos
por un mundo más sano™*



Feliz 2010

La Fundación Hipercolesterolemia Familiar desea compartir con todos los que apoyan este proyecto: ilusión, entusiasmo y solidaridad para conseguir entre todos mejorar nuestra salud cardiovascular.



¡Hágase socio de la Fundación!

Animamos una vez más a todos los receptores de este Boletín a que rellenen la Inscripción de socio, y nos la remitan una vez cumplimentada. Juntos hemos culminado objetivos importantes, pero tenemos que seguir avanzando para compartir nuevos logros.

Para los que hacen su aportación anual de forma directa, les recordamos que deben indicar siempre el nombre y apellidos. Y para aquellos que tienen su aportación domiciliada al banco y les pasamos un recibo anual, les agradeceríamos que nos notifiquen cualquier tipo de cambio. Así evitamos gastos innecesarios, y tiempo para gestionarlo. Muchas gracias.



Guía de la FHF

Del mismo modo les recordamos que a todos aquellos que se hagan socios de la FHF se les hará llegar la Guía de Control del Colesterol que les ayudará a mejorar su salud cardiovascular.

En ella encontraremos consejos dietéticos, la composición de los alimentos más frecuentes, recomendaciones para cuando comemos fuera de casa, y consejos para comunicarnos mejor con nuestro médico.

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.