

## En este número...

Nuevo año y nuevos retos ..... 2

Por qué es necesario un plan de detección de la HF ..... 3

Vitoria y Orihuela, nuevas ciudades en el estudio de seguimiento de familias con HF ..... 4 y 5

Valladolid acoge el Foro Internacional de Política Sanitaria ..... 6-9



Ley antitabaco: una apuesta por la salud pública ..... 10

Uruguay se interesa por el modelo de detección español de la HF ..... 11

Recetas de invierno ..... 12

Cartas de los lectores ..... 13 y 14

Qué hace la Fundación ..... 15

Nuevo Centro Virtual de control del colesterol ..... 16

## Fundación Hipercolesterolemia Familiar

C/ General Álvarez de Castro, 14, 1.º E  
28010 Madrid  
Tlfs.: 915042206/915570071 Fax: 915042206  
Web: [www.colesterolfamiliar.com](http://www.colesterolfamiliar.com)  
e-mail: [info@colesterolfamiliar.com](mailto:info@colesterolfamiliar.com)  
Clasificada como fundación benéfico-asistencial  
Orden Ministerial de 28 de octubre de 1997



## Lograda la unanimidad, pasemos a los hechos

### El Foro celebrado en Valladolid muestra un acuerdo general sobre la necesidad de implantar un plan nacional de detección de la HF

Existe una práctica unanimidad: la hipercolesterolemia familiar (HF) es una dolencia de suficiente entidad como para que deba llevarse a cabo un plan nacional de detección de la HF en toda España, establecido entre el ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas, a través del Consejo Interterritorial, que reúne periódicamente a unos y a otros. El Foro Internacional de Política Sanitaria, que bajo el lema "Hipercolesterolemia familiar: un modelo de atención sanitaria" se celebró los pasados 25 y 26 de noviembre en Valladolid, puso de manifiesto que hay un acuerdo generalizado sobre la necesidad de establecer un plan que dé cohesión en toda España a la detección que recibe en estos momentos esta enfermedad.

En el desarrollo del Foro, organizado por la consejería de Sanidad de Castilla y León y la Fundación Hipercolesterolemia Familiar y con el apoyo de la Fundación AstraZeneca, fue evidente también la actual disparidad en la detección de esta enfermedad en las distintas comunidades autónomas y resultó manifiesto, igualmente, las dificultades presupuestarias de las distintas administraciones ante un problema

como este. En cualquier caso, el acuerdo de fondo se reveló, prácticamente, general: es necesario un plan nacional de detección. Ahora hace falta, de una manera u otra, llevarlo a la práctica. En el Foro, además de las distintas estrategias de política sanitaria, se trató una gran variedad de asuntos, entre los que no faltó una actualización científica en el diagnóstico y tratamiento de la HF. (Más información en páginas 6 a 9).

No es el único caso de unanimidad reciente con respecto a un asunto de salud entre la clase política española. Durante este mes de diciembre se ha aprobado con el apoyo de la práctica totalidad de los grupos parlamentarios la nueva ley contra el tabaco que impide, entre otras cosas, que se pueda fumar en locales cerrados. La Fundación Hipercolesterolemia Familiar apoya esta iniciativa que trata de hacer frente a uno de los principales problemas de salud pública de nuestro país (ver página 10).



## Nuevo año y nuevos retos

A pesar de la situación de incertidumbre económica y social que vivimos, desde la Fundación Hipercolesterolemia Familiar seguimos incorporando nuevas actividades y retos para el 2011, encaminadas a mejorar la información y calidad de las prestaciones sanitarias de las familias con HF.

Como comentamos en la contraportada de este Boletín, la Fundación, en su compromiso de informar al público y a los gobiernos de salud de los peligros y costes de no diagnosticar ni tratar a los pacientes con hipercolesterolemias familiares, ha puesto en marcha el primer centro virtual para controlar y prevenir los riesgos asociados a la hipercolesterolemia, tanto si es de origen familiar como si es debida a otra causa. Este proyecto de interés social y sanitario en el que se utilizan las nuevas tecnologías de la información está dirigido a la sociedad en general y a los profesionales sanitarios.

Después de conseguir la aportación reducida al tratamiento crónico con estatinas y ezetimiba para las personas con hipercolesterolemia familiar (HF), otra demanda que la Fundación viene solicitando al gobierno de salud desde hace ya tres años, como se recoge en anteriores boletines, es la realización de un plan nacional de detección de la HF coordinado por el ministerio de Sanidad y con la colaboración de las comunidades autónomas. Ante el silencio del ministerio y para continuar avanzando en este objetivo, la Fundación se ha entrevistado con representantes políticos en la comisión de Sanidad del congreso y del senado para explicarles la necesidad de esta iniciativa. Fruto de estas conversaciones en julio se hizo una

pregunta parlamentaria desde el congreso y en septiembre se aprobó una proposición no de ley desde el senado en la que se insta al gobierno a elaborar y poner en marcha, en colaboración con las comunidades autónomas y dentro del consejo interterritorial un plan nacional de detección de la HF (más información en página 9).

### Otra demanda que la Fundación viene solicitando al gobierno de salud desde hace ya tres años es la realización de un plan nacional de detección de la HF coordinado por el ministerio de Sanidad

Recientemente, en el Foro Internacional de Política Sanitaria celebrado en Valladolid (páginas 6 a 9) y en el que entre otros participantes figuraban parlamentarios, senadores, representantes de comunidades y del ministerio de Sanidad, se ha vuelto a poner de manifiesto la necesidad del mencionado plan de detección por parte de todos. Desde la Fundación pensamos que las leyes están para cumplirse y que a la vista del consenso político es el momento de que nuestros gobernantes sepan estar a la altura de las circunstancias y tengan voluntad política para poner en marcha, lo antes posible, el plan de detección de la HF para que las nuevas generaciones de niños con HF sean diagnosticadas y tratadas de forma adecuada.

## Personaje



**M.ª Jose Almodóvar Ruiz**

44 años  
Orihuela (Alicante)

M.ª José supo que tenía hipercolesterolemia familiar (HF) muy joven, a los 17 ó 18 años, y desde entonces está medicada. Tiene el colesterol perfectamente controlado, y no ha padecido personalmente ningún accidente cardiovascular. Trabaja como educadora en un centro de Educación Especial, cumple rigurosamente con la dieta y la medicación, lleva una vida activa, y no tiene ningún problema de salud, como no lo tiene su hija, de 20 años, también portadora de HF, que estudia en Barcelona y a la que su madre le programa las revisiones cuando viene de vacaciones a la casa familiar.

Hasta ahí, todo bien, y, sin embargo, cuando se amplía el círculo familiar, aparecen los problemas. Su padre, de 75 años, fue operado hace un par de años y desde entonces lleva un cuádruple *by-pass*. Y, todavía peor, un hermano, que actualmente tiene 49 años, sufrió hace tres una trombosis cerebral, por la que tuvo que abandonar el trabajo y que le ha dejado algunas secuelas.

Todo ello hace que sea una entusiasta colaboradora de la Fundación. M.ª José fue la que animó a su familia a acudir a la jornada de detección que la Fundación celebró en Orihuela los días 13 y 14 de noviembre y gracias a ella pasaron por la consulta hasta 13 familiares. Sin embargo, a los pocos días la familia vivió la tragedia. Uno de los primos que acudió a la jornada, Antonio, de 53 años, "después de un día de trabajo recogiendo alcachofas, se sentó en el sofá y ahí se quedó", falleció de un infarto de miocardio. Situaciones como ésta nos animan a todos a seguir contribuyendo al conocimiento de esta enfermedad para evitar la pérdida de vidas tan temprana. Actitudes como la de M.ª José ayudarán a que casos como el de su primo sean cada día menos frecuentes.

# Por qué es necesario un plan de detección de la HF

Las enfermedades cardiovasculares (infarto de miocardio, ictus, etc.) continúan siendo la principal causa de mortalidad en nuestro país y suponen un impacto económico y social insostenible. La prevalencia y los ingresos hospitalarios siguen aumentando a pesar de los importantes avances y recursos destinados en la tecnología y en el tratamiento. Esta tendencia indica que algo está fallando: la prevención de los factores de riesgo cardiovascular, que sigue siendo la gran asignatura pendiente de los sistemas sanitarios. Dentro de los factores de riesgo, los factores genéticos como las hipercolesterolemias familiares juegan un importante papel en el desarrollo de la enfermedad coronaria prematura.

## Vacío en la atención médica

La hipercolesterolemia familiar (HF) es la causa genética más frecuente, y a la vez prevenible, de enfermedad coronaria prematura. A pesar de ello, la mayoría de estas personas permanecen sin diagnosticar y, por tanto, inadecuadamente tratadas. Tampoco existe una estrategia nacional para tratar este problema de salud. Para evitar el vacío existente en la atención médica de la HF, algunas comunidades junto con la Fundación Hipercolesterolemia Familiar han desarrollado un modelo de detección y cuidado médico de las familias con HF. En este sentido, Castilla y León está realizando un programa pionero de detección de la HF con la participación tanto del médico hospitalario como del médico de atención primaria (páginas 6 a 9). Además, un reciente estudio del organismo británico NICE (Instituto Nacional para la Salud y Excelencia Clínica) ha mostrado que un programa activo de diagnóstico y tratamiento de la HF, con la participación del médico de atención primaria, ahorra muchos costes al sistema sanitario.

En la actualidad, nueve autonomías han comenzado con la detección genética de la HF. Sin embargo, la mayoría no tienen un programa de identificación en cascada familiar. Por ello, nuestra Fundación, que integra a pacientes, médicos e investigadores, defiende un plan nacional como modelo de atención a una enfermedad genética que afecta a la mitad de la familia. Y así se ha puesto de manifiesto en el Foro Internacional de Política Sanitaria celebrado en Valladolid, según se recoge en este boletín (páginas 6 a 9). La mayoría de los participantes, entre los que se encontraban parlamentarios, representantes del ministerio de Sanidad y de las comunidades autónomas junto con investigadores y médicos, estuvieron de acuerdo en que en tiempos de crisis económica es importante la inversión sanitaria en programas de prevención. Y la HF es un problema de salud pública cuya detección y tratamiento debe ser una prioridad para el sistema nacional de salud.

El pasado 20 de septiembre la comisión de Sanidad del senado aprobó una moción por la que se insta al gobierno a elaborar y poner en marcha, en colaboración con las comunidades autónomas y dentro del consejo interterritorial, un plan nacional de detección de la HF. Su objetivo es que las prestaciones sanitarias sean uniformes en todo el sistema nacional de salud y que no haya diferencia de trato según se viva en una u otra comunidad autónoma.

**Es necesario un plan de detección que asegure que las prestaciones sanitarias sean uniformes en todo el sistema nacional de salud**

Previamente y desde la comisión de Sanidad del Congreso también se ha hecho una pregunta parlamentaria al gobierno, demandando igualmente una estrategia de detección de la HF (página 9).

## Llegó el momento

Desde la Fundación creemos que ha llegado el momento de que el ministerio de Sanidad, en colaboración con las comunidades autónomas, elabore un plan nacional de detección de la HF. Existen suficientes argumentos para ponerlo en marcha: la HF es un problema de salud pública que se expresa desde la infancia, se puede prevenir la enfermedad coronaria, asegura el desarrollo de políticas de equidad que garantizan la cohesión en el sistema sanitario, integra a la atención primaria y especializada, incorpora la innovación tecnológica del diagnóstico genético —con evidencia científica y a un bajo coste— a la cartera de servicios y es, además, un modelo de autocuidado de la salud dentro del grupo familiar. Existe, sin embargo, una demanda creciente de las familias con HF de buscar nuevas vías que garanticen la equidad y procedimientos homogéneos en todo el país para que la prestación al tratamiento crónico llegue de igual forma a todas las familias con HF, independientemente de en qué comunidad autónoma vivan sus miembros (ver la sección de cartas, páginas 13 y 14). También desde nuestro parlamento y desde la mayoría de las comunidades autónomas están de acuerdo en que el Plan de detección debe ser único y homogéneo para todo el territorio. Por tanto, solo se necesita voluntad política por parte de los gobiernos de salud para llevarlo a cabo, y para que muy pronto todas las familias con HF se puedan beneficiar de igual forma de una detección precoz, y a la vez se acabe con la desigualdad en el derecho a recibir las prestaciones sanitarias.

# Vitoria y Orihuela, nuevas ciudades en el estudio de seguimiento de familias con HF

Dos nuevas ciudades se han incorporado a las jornadas de detección de familias con hipercolesterolemia familiar (HF) que viene haciendo la Fundación Hipercolesterolemia Familiar: Vitoria y Orihuela. Las familias de Vitoria fueron convocadas los pasados días 16 y 17 de octubre en el Hospital Santiago Apóstol, en el servicio de endocrinología dirigido por el doctor Luis Irigoyen. Todos contemplábamos desde hacía tiempo realizar esta acción a favor de la prevención, sin embargo, en este caso, fueron las familias de Vitoria las que nos empujaron a fijar la fecha, para que también otros familiares, aquéllos que viven en ciudades como Valladolid, Salamanca, León, Santander, Toro o Lequeitio acudieron a la cita, convencidos de que su participación en el estudio nos ayudará a avanzar en el conocimiento de la HF y, al mismo tiempo, disfrutar durante el fin de semana de un encuentro familiar, que de no ser así, no resulta fácil organizar.

Durante la mañana del sábado y el domingo se estudiaron 116 casos, contando que antes de las 8,30 de la mañana ya nos

esperaban los más madrugadores que no querían renunciar a su excursión al campo. También madrugó Joaquín, que quiso asegurarse de que todos sus familiares acudían, personándose él por si alguno de sus sobrinos se dormía. Y es que Joaquín tenía sobradas razones para hacerlo, porque ha sufrido en primera persona los estragos de la enfermedad: el infarto acabó con la vida de su esposa, Rosa, a la edad de 50 años. Por supuesto, sus hijos y todos los familiares de su esposa fueron llegando, y algunos esperaban con gran alivio el documento acreditativo de presentar una HF para conseguir la "aportación reducida", del que se enteraron por la Fundación en la ronda de llamadas. Ahora llevarían a cabo los trámites necesarios en su ciudad de residencia para conseguir este derecho reconocido desde 2004 y, con ello, también conseguir un ahorro en su tratamiento crónico.

También Ángela Martín Casero merece todo nuestro agradecimiento en favor de su tarea participativa. Se estudió a sus her-

manos y sobrinos (en total doce familiares), y aunque residen en sitios muy dispares, como Salamanca, Benidorm o, como ella misma, en Vitoria, consiguieron citarse esa mañana de domingo para participar en el estudio y para que especialmente los más jóvenes conozcan todo lo que tiene que ver con este trastorno genético y evitar, mediante la prevención, la presencia de una angina o infarto de miocardio por la que ya han pasado algunos de sus padres y tíos. Y ésta ha sido la razón más poderosa de Ángela para convencerles y al mismo tiempo disfrutar todos juntos durante ese fin de semana de una comida familiar.

## Jornada en Orihuela

La Fundación se desplazó una vez más a la Vega Baja, un área de pequeñas poblaciones del sur de Alicante, para estudiar nuevos casos de HF. Es la tercera vez que hemos llegado a este entorno, desde que iniciamos nuestra primera acción en San Miguel de Salinas hace casi dos años. Cada día van surgiendo familiares de los casos ya estudiados que también quieren



Familias de Vitoria.





El Dr. Irigoyen con los miembros de una de las familias de Vitoria.



Familia de Orihuela.

participar. De ahí que todas las ciudades del entorno, debido a su alta incidencia de HF, sigan siendo uno de nuestro principales focos de atención. En este sentido, agradecemos igualmente al doctor José María Cepeda, internista del hospital de Vega Baja, su apoyo, porque su experiencia de trabajo en los hospitales de Vega Baja y Torrevieja nos ha permitido aumentar el número de familiares por caso índice. Y es importante llegar a todos, para evitar que el infarto siga sorprendiendo de forma prematura a personas que, con la información adecuada y el debido tratamiento, podrían no haberlo sufrido. Como uno de los que participaron en la jornada, que con 53 años, pocos días después sufrió un infarto fulminante que le ha costado la vida. Todavía hoy sus familiares no pueden creerlo, se sentía bien, trabajaba y llevaba una vida totalmente normal, pero no seguía tratamiento farmacológico para controlar su hipercolesterolemia.

## En Vitoria, fueron las familias las que empujaron a fijar la fecha, para que familiares de otras ciudades pudieran acercarse al hospital Santiago Apóstol

Quizás si la información sobre el riesgo de la HF les hubiera llegado antes y si todos supieran que el acceso al tratamiento es gratuito, seguro que muchas más familias se concienciarían de la importancia del tratamiento, seguimiento y control de la HF. Este es uno de los principales retos de la Fundación, y así se lo hacemos llegar a las familias desde que se producen los primeros contactos. También durante las mañanas del sábado y domingo de los días 13 y

14 de noviembre, que es cuando tuvo lugar esta jornada, entregamos numerosos documentos acreditativos de HF a aquellas personas que se enteraron a través de la Fundación de la existencia de la aportación reducida. "En tiempos de crisis, con lo que cuesta el tratamiento, y si no hay síntomas de enfermedad para qué preocuparse...". Ésta era una frase repetida por algunas de las personas a las que costó concienciarlas sobre el riesgo cardiovascular que supone la HF. De ahí que algunos no sigan tratamiento y otros lo interrumpen en cuanto les bajan los niveles de colesterol.

Con estas jornadas, la Fundación sigue aumentando considerablemente el número de familias que ya forman parte del estudio de seguimiento de HF, porque cada vez estamos todos más convencidos, también las propias familias, de que la profundización en el conocimiento de la HF con el seguimiento de las familias nos abrirá las puertas para realizar una mejor medicina preventiva.



Familias de Orihuela.

# Valladolid acoge el Foro Internacional de Política Sanitaria

**El encuentro se celebró bajo el lema “Hipercolesterolemia familiar: un modelo de atención sanitaria”**

Los días 25 y 26 de noviembre de 2010 se celebró en Valladolid el Foro Internacional de Política Sanitaria bajo el lema “Hipercolesterolemia familiar: un modelo de atención sanitaria”. Este Foro estuvo organizado por la consejería de Sanidad de Castilla y León y la Fundación Hipercolesterolemia Familiar y contó con el apoyo de la Fundación AstraZeneca. En este encuentro se presentaron las iniciativas Europeas en el diagnóstico de la HF, así como las llevadas a cabo por algunas comunidades autónomas en España. Se debatió el papel que juegan los parlamentarios en el desarrollo de las políticas de salud y el de los responsables del ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en la cohesión y coordinación de la política sanitaria. Otra prioridad del Foro fue la de proporcionar una actualización científica en el diagnóstico y tratamiento de la HF.

La hipercolesterolemia familiar (HF) se expresa con niveles muy elevados de colesterol desde la infancia y está sin diagnosticar en el 80 por ciento de los casos afecta a unos 100.000 españoles. Para los afectados, “el riesgo de presentar un infarto de miocardio a los 50 años es del 50 por ciento sin tratamiento, por lo que la esperanza de vida se puede ver reducida hasta

**La detección de la HF es asumible y muy coste-eficaz si se compara con otros programas de cribado, como los cánceres de colon, próstata o pulmón**

en 30 años”, afirmó en Valladolid el internista Pedro Mata, presidente de la Fundación HF. A pesar de su impacto, no hay un plan nacional para detectar esta enfermedad hereditaria. Para tratar el vacío existente en la atención médica de la HF, algunas comunidades autónomas junto con la Fundación Hipercolesterolemia Familiar han desarrollado e implementado un modelo de detección y atención médica de las familias con HF.

## Planes autonómicos de detección

Desde 2009, la comunidad de Castilla y León, con la colaboración de la Fundación Hipercolesterolemia Familiar, está realizando un programa pionero de detección genética de la HF con la participación tanto del médico especialista hospitalario como del médico de atención primaria. Según



De izquierda a derecha: José Javier Castrodeza, director de Salud Pública de la consejería de Sanidad de Castilla y León; Francisco Javier Álvarez Guisasola, consejero de Sanidad de Castilla y León; Luisa Losada, de la Fundación AstraZeneca; y Pedro Mata, presidente de la Fundación Hipercolesterolemia Familiar.

## La HF se expresa con niveles muy elevados de colesterol desde la infancia, está sin diagnosticar en el 80% de los casos y afecta a unos 100.000 españoles

Francisco Javier Álvarez Guisasola, consejero de Sanidad de Castilla y León, los médicos de familia pueden solicitar la prueba ante un caso de sospecha clínica de HF. "Hasta ahora el 35 por ciento de las peticiones para el diagnóstico genético proceden del médico de atención primaria" explicó Álvarez Guisasola. Y según comentó Javier Castrodeza, director de Salud Pública de la consejería de Sanidad, "la participación tanto del médico especialista hospitalario como del médico de atención primaria junto con la educación continuada de los médicos y los pacientes es esencial para llevar a cabo con éxito el plan de detección precoz de la HF". También destacó que a las familias con HF se les debe ofrecer consejos sobre hábitos de vida saludable, así como el tratamiento farmacológico adecuado para prevenir el desarrollo de la enfermedad coronaria prematura.

Esta iniciativa pionera a nivel internacional fue muy bien acogida por Peter Lansberg, director del plan nacional de detección genética de la HF en Holanda. "Desde el punto de vista de salud pública", dijo, "esta detección es asumible y muy coste-eficaz si se compara con otros programas de cribado, como los cánceres de colon, próstata o pulmón. El éxito del diagnóstico precoz de HF supone la implicación activa de organizaciones de pacientes y la formación del personal médico, con el apoyo de las autoridades sanitarias y la colaboración con los medios de comunicación". Peter Lansberg presentó las iniciativas europeas en el diagnóstico genético en cascada familiar de la HF y destacó el papel de



De izquierda a derecha: Luisa Losada, de la Fundación AstraZeneca; Pedro Mata, presidente de la Fundación Hipercolesterolemia Familiar; Francisco Javier Álvarez Guisasola, consejero de Sanidad de Castilla y León; José Manuel Fontsaré, gerente regional de Salud de Castilla y León y José Javier Castrodeza, director de Salud Pública de la consejería de Sanidad de Castilla y León.

Holanda y España como líderes internacionales en la mencionada detección genética de la HF.

Joep Defesche, coordinador del Programa Internacional MedPed de detección de la HF, del Centro Médico Académico de Amsterdam, defendió el cribado genético familiar de la HF y añadió que "el diagnósti-



Peter Lansberg, director del plan nacional de detección de la HF en Holanda.

co genético es fundamental, ya que ciertas mutaciones producen un mayor nivel de colesterol y de riesgo cardiovascular. Además de que el conocimiento de una alteración genética como causa de la hipercolesterolemia se traduce en un mejor cumplimiento por parte del paciente, tanto del tratamiento farmacológico como de los hábitos de vida saludables. También se produce por parte del médico una mayor motivación para proporcionarle el tratamiento óptimo".

Actualmente, nueve comunidades autónomas han comenzado con la detección genética de la HF mediante un test genético llamado lipochip, que además es de tecnología española. Sin embargo, la mayoría no tienen un programa de identificación en cascada familiar. Por ello, nuestra Fundación, que integra a pacientes, médicos e investigadores, defiende un plan nacional homogéneo de detección de la HF, que además puede servir como modelo de atención sanitaria.

En este encuentro, además de Castilla y León, también presentaron sus planes de detección genética de HF las comunidades de Cataluña, Extremadura y Madrid. En



Extremadura se ha comenzado un programa piloto de formación en HF dirigido al médico de atención primaria para que en esta primera fase, en una determinada área sanitaria, pueda pedir el diagnóstico genético, con el objetivo de hacerlo extensible, en una segunda fase, al resto de médicos de la comunidad. Cataluña, después de cuatro años de experiencia con los centros especializados, también quiere comenzar con la implicación del médico de atención primaria para impulsar la detección de familiares con HF. En esta misma línea, la comunidad de Madrid ha comenzado en 2010 con el programa de detección genética de la HF en centros especializados, que también trasladará posteriormente al médico de atención primaria, e implicará al personal de enfermería en la búsqueda y educación sanitaria de familiares.

### El modelo de la HF como enfermedad crónica

En la actualidad, las enfermedades crónicas tienen un papel muy relevante en nuestra sociedad, no solamente como causa de enfermedad en la población, sino también por el gasto sanitario que ocasionan. Son necesarias, por tanto, nuevas estrategias de atención sanitaria para reducir su impacto

## Nueve comunidades autónomas han comenzado con la detección genética de la HF mediante un test genético llamado lipochip, de tecnología española

en la salud. En este Foro se analizó precisamente la política sanitaria en estas enfermedades, así como el papel que puede jugar la HF como modelo de atención sanitaria. Para ello, se contó con la participación de parlamentarios del congreso y senado así como del ministerio de Sanidad.

Ana Pastor, ex ministra de Sanidad, advirtió de la saturación que se va a producir en diez años en los sistemas sanitarios con motivo de las patologías crónicas y recordó que "la futura ley de salud pública tendrá que invertir muchos recursos en prevención por su coste-eficiencia, que superará notablemente el 3 por ciento que ahora se destina". En total acuerdo, pero con una gran cautela en la conten-



Ricard Tresserras, subdirector general de Planificación Sanitaria de Cataluña.

ción del gasto se manifestó Ildelfonso Hernández, director general de Salud Pública: "La demanda sanitaria crece en tanto que los recursos son limitados, por lo que nos vemos obligados a priorizar". La mayoría de los participantes estuvieron de acuerdo en que en tiempos de crisis económica es importante la inversión sanitaria en programas de prevención y la instauración de un plan nacional de



De izquierda a derecha: Emilio Álvarez, diputado del Grupo Socialista; Ildelfonso Hernández, director general de Salud Pública del ministerio de Sanidad; José Manuel Fontsré, gerente regional de Salud de Castilla y León; Ana Pastor, vicepresidenta segunda del Congreso de los Diputados; y José Antonio Rubio, senador del Grupo Popular.



## En el Foro se analizó la política sanitaria en las enfermedades crónicas y el papel que puede jugar la HF como un modelo de atención sanitaria

detección de la HF puede servir como modelo de atención sanitaria y también como modelo para integrar la genética dentro de la práctica clínica. José Antonio Rubio, senador del Grupo Popular añadió que "la detección genética mediante un biochip de patente española también puede servir como modelo en la innovación y transferencia de resultados en nuevas tecnologías". Los expertos convocados también denunciaron la gran paradoja de la Estrategia Nacional de Prevención Cardiovascular en la que no se recoge la HF como factor de riesgo.

La mesa final de este Foro estuvo dedicada a la actualización en el diagnóstico y tratamiento de la hipercolesterolemia familiar (HF). Rodrigo Alonso, internista y miembro de la Fundación, presentó la situación de la detección genética de la HF en España y datos del estudio de seguimiento de una cohorte de más de 500 familias con HF. Señaló "que es necesario implantar un programa de detección precoz de la HF a nivel nacional y que lo más rentable para el sistema sanitario es la

## El Senado insta al Gobierno a emprender un plan nacional de detección

El pasado 20 de septiembre la comisión de Sanidad, Política Social y Consumo del Senado aprobó una moción del grupo parlamentario popular por la que se insta al gobierno a elaborar y poner en marcha, en colaboración con las comunidades autónomas y dentro del consejo interterritorial, un plan nacional de detección de la hipercolesterolemia familiar (HF).

El senador del PP por Palencia, José Antonio Rubio Mielgo, explicó que la HF es un problema de salud pública cuya detección y tratamiento debe ser una prioridad para el sistema nacional de salud. Por ello, indicó que "es necesario realizar un diagnóstico genético y ofrecer a los afectados un adecuado tratamiento que evite muertes prematuras". Y añadió que esta moción tiene un objetivo claro: "que las prestaciones sanitarias sean uniformes en todo el

sistema nacional de salud y que no haya diferencia en las distintas comunidades autónomas". Por esto, la labor del ministerio de Sanidad es lograr la coordinación y unificación de las prestaciones para que sean las mismas en todo el territorio español.

### Pregunta parlamentaria

No ha sido la única actividad parlamentaria respecto a la HF en los últimos meses. El pasado 1 de julio de 2010 el presidente de la comisión de Sanidad del congreso y diputado de IU, Gaspar Llamazares, presentó la siguiente pregunta dirigida al Gobierno para la que se solicita respuesta escrita: "¿Tiene previsto el gobierno adoptar un protocolo o estrategia para la detección de la hipercolesterolemia familiar, en colaboración con las comunidades autónomas, como una de las causas de enfermedad coronaria prematura?".

búsqueda activa de casos familiares". Respecto al tratamiento de la HF, Peter Lansberg destacó que además de los hábitos de vida saludables se necesitan estati-

nas potentes que consigan una reducción aproximada del colesterol-LDL de un 50 por ciento para conseguir el objetivo terapéutico. Ovidio Muñiz, internista del Hospital Virgen del Rocío, analizó la utilidad y rentabilidad de la LDL-Aféresis en el tratamiento de las hipercolesterolemias familiares graves tanto en los pacientes homocigotos como heterocigotos, cuando a pesar del tratamiento farmacológico no se consigue el adecuado control en las cifras de colesterol.

Este Foro ha tenido una amplia cobertura en los medios de comunicación generales y locales como *El País*, *El Mundo*, *La Razón*, diarios y televisiones regionales de Castilla y León, agencias de noticias y *Diario Médico*, entre otros.



De izquierda a derecha: Luisa Losada, de la Fundación AstraZeneca; Pedro Mata, presidente de la Fundación Hipercolesterolemia Familiar y Francisco Javier Álvarez Guisasaola, consejero de Sanidad de Castilla y León.

# Noticias • Noticias • Noticias • Noticias

## Ley antitabaco: una apuesta por la salud pública

La ley sobre el tabaco que entrará en vigor el próximo 2 de enero modifica la anterior ley de 2006 aumentando los niveles de protección de la salud de todos los ciudadanos y se ha basado en fundamentos sanitarios, sociales y económicos. Su aprobación en el congreso el 22 de diciembre supone una muestra de consenso alcanzada por todos los grupos parlamentarios. Y es una importante medida de salud pública.

El tabaco es la primera causa evitable de enfermedad, invalidez y muerte prematura en el mundo, según la OMS, por lo que constituye un problema de salud pública de primera magnitud en los países desarrollados. Según un documento interno del ministerio de Sanidad para explicar la nueva normativa, en España mueren cada año alrededor de 50.000 personas por enfermedades derivadas del consumo de tabaco, de las que una cuarta parte (26,5 por ciento) son muertes prematuras, ocurridas antes de los 65 años.

La evidencia científica ha demostrado que la exposición al humo de tabaco es causa de discapacidad y mortalidad, y que no hay ningún nivel de exposición seguro al humo del tabaco. En el año 2002, la Agencia Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer clasificó al humo ambiental de tabaco como sustancia cancerígena para los humanos, estimando su contenido en más de 4.000 sustancias químicas, de las cuales 69 son cancerígenas. La exposición al humo ambiental de tabaco causa enfermedad cardiovascular y cáncer de pulmón en adultos no fumadores y es especialmente perjudicial en niños y en mujeres embarazadas.

### Dejarlo es posible

El tabaquismo es una enfermedad que afecta al 30 por ciento de los españoles, pero se puede evitar y tratar. Dejar de fumar es una de las cosas más importantes que una persona puede hacer para mejorar su salud y bienestar. Aunque existen numerosos procedimientos para dejar la adicción, los más eficaces son el bupropión y la vareniclina; este último fármaco, disponible en España desde 2007, es más eficaz y consigue una tasa de abandono del tabaco de entre el 55 y el 60 por ciento. Como bloquea los receptores cerebrales de la nicotina, impide la sensación placentera del tabaco, y evita las recaídas porque el fumador se queda sin la recompensa que espera con el cigarrillo. Esta sustancia, además, sirve de gran ayuda

### Las claves de la ley

La modificación de la Ley se ha inspirado en los siguientes puntos:

- Protección a la población del humo ambiental del tabaco.
- Evitar a toda la población trabajadora el humo ambiental en centros y lugares de trabajo.
- Protección a la población menor de edad del humo ambiental del tabaco.
- Prevención del inicio del consumo.
- Facilitar la deshabituación tabáquica.
- Desnormalizar el consumo de tabaco en la sociedad.

Para más información ver el documento informativo sobre la ley en la web del ministerio de Sanidad.



para combatir la irritabilidad y la ansiedad del síndrome de abstinencia. También están los tratamientos basados en los sustitutivos de la nicotina: parches, chicles, inhaladores o caramelos con los que progresivamente y de forma controlada, el paciente reduce el consumo de tabaco como paso previo al abandono. Los periodos de medicación suelen durar entre ocho y doce semanas, el tiempo que se tarda en acabar con la dependencia física y dejar al cuerpo limpio de nicotina.

### Financiación

En España, solo autonomías como La Rioja o Navarra pagan a través de la red pública sanitaria las terapias para abandonar el tabaco. Otras como Galicia, Madrid o Cataluña subvencionan los tratamientos a determinados grupos de fumadores. La nueva ley estipula que se financiarán los tratamientos que demuestren su eficacia. Desde la Fundación Hipercolesterolemia Familiar apoyamos la ley de reforma del tabaco y también solicitamos que los pacientes con HF, por ser más vulnerables al desarrollo de la enfermedad cardiovascular debido a que el consumo de tabaco aumenta hasta cuatro veces su riesgo cardiovascular, puedan beneficiarse del tratamiento médico de deshabituación.

# Congresos • Noticias • Congresos • Noticias

## Uruguay se interesa por el modelo de detección español de la FHF

La Fundación Hipercolesterolemia Familiar estuvo presente en el XXIV Congreso Sudamericano de Cardiología que se celebró del 23 al 25 de septiembre en Montevideo (Uruguay). Dentro de las numerosas actividades se realizó una mesa redonda con el título "Genómica en la prevención de enfermedades cardiovasculares y promoción de la salud", en la participó el doctor Pedro Mata, de la Fundación HF, con una conferencia titulada "Hipercolesterolemia familiar: de la genética a la práctica clínica", y en la que destacó la importancia del diagnóstico genético de la hipercolesterolemia familiar (HF) y su relevancia en la prevención de la enfermedad cardiovascular.

El 24 de septiembre en el ministerio de Salud de Uruguay se presentó el programa de HF que se está realizando en Uruguay. Este programa denominado GENYCO (genes y coleste-

rol) tiene como principal objetivo "prevenir la mortalidad en el adulto joven" y crear un registro genético de HF. El programa se enmarca dentro de los objetivos de prevención cardiovascular del sistema de salud de Uruguay y está formado por un grupo multidisciplinario dirigido por los doctores Mario Zelayarán y Mario Stoll. En esta reunión el doctor Mata fue invitado para presentar la experiencia del programa de detección genética de la HF en España. Se destacó la importancia de la implicación del médico de atención primaria para la detección de los familiares así como la necesidad de la formación para el éxito de un programa de detección. Como objetivo de futuro se pretende desarrollar una estrecha colaboración entre ambos países y compartir experiencias con el fin de prevenir la enfermedad cardiovascular y mejorar la calidad de vida de las familias con HF.



El Dr. Pedro Mata con los miembros del GENYCO.

## Un colesterol HDL elevado se asocia con menor riesgo de cáncer

Esta relación es independiente de otros factores tales como el colesterol LDL (malo), la edad, el sexo, el tabaquismo, la diabetes y el peso, según investigadores de la Universidad de Tufts en Boston. Estos analizaron un conjunto de ensayos controlados en los que se realizaban intervenciones para modificar los lípidos, examinando los niveles iniciales de colesterol-HDL (bueno) y la incidencia de cáncer. La tasa relativa de aparición de neoplasias malignas descendía un 36 por ciento por cada aumento de 10 mg/dl en el colesterol-HDL. Aunque en ocasiones el HDL viene determinado genéticamente, se puede aumentar con medidas dietéticas, evitando el sobrepeso y el tabaco y realizando ejercicio físico.

*Journal American College Cardiology (2010)*

## Beneficios de los ácidos grasos omega-3

Nuevas investigaciones han demostrado los efectos favorables de los ácidos grasos omega-3 en determinadas enfermedades inflamatorias crónicas y degenerativas, entre ellas algunos tipos de cáncer, ya que intervienen en mecanismos moleculares que disminuyen la capacidad proliferativa celular. Algunos de estos estudios se han presentado en el simposio "Los omega-3 en la salud y la enfermedad", celebrado el 17 de noviembre en Madrid con el apoyo de Ferrer y Solutex.

Uno de los efectos beneficiosos mejor conocidos de los omega-3 es su intervención en la prevención de las enfermedades cardiovasculares según numerosos estudios que sugieren que con dosis diarias de 0.5 a 1 gramo de ácidos grasos omega-3 como el EPA (eicosapentaenoico) y DHA (docosahexaenoico) se pueden reducir los episodios cardíacos isquémicos (angina de pecho o infarto de miocardio), porque ayudan a controlar la presión arterial y disminuyen el riesgo de trombosis. Estos ácidos grasos se deben incorporar a través de la dieta, fundamentalmente por el consumo de pescado azul o bien mediante suplementos.

## Nuevo medicamento de aportación reducida

La dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios del ministerio de Sanidad ha otorgado la aportación reducida para el tratamiento crónico de la hipercolesterolemia familiar al fármaco Inegy en sus presentaciones de 10/20 y 10/40. Este fármaco asocia en un comprimido ezetimiba a dosis fija de 10 mg y simvastatina 20 y 40 mg. La aportación reducida entrará en vigor el 1 de enero del 2011.



# Recetas de Invierno

## Cardos con nuez y ajos

### Ingredientes

1 kg de cardo,  
40 g de nueces,  
2 dientes de  
ajo, 2 cucharadas soperas de harina, agua,  
10 ml de aceite de oliva virgen



### Preparación

Limpia bien los cardos, utilizar las pencas interiores, y cortarlos en trozos de unos 3 cm. Cocer los trozos de cardo en una olla con abundante agua, con una cucharadita de sal, durante 90 minutos aproximadamente. Escurrir el agua y dejar el cardo en la olla con un poco de agua.

En una sartén, dorar los dientes de ajo, añadir la harina diluida en un poco de agua y las nueces picadas. Cocer durante unos minutos y verterlo todo en la olla sobre los cardos. Servirlos bien calientes sobre una fuente.

### Utensilios

Olla



### Valor nutricional total del menú

(por ración)

Energía: 674 kcal

Proteínas: 36 g (21%)

Hidratos de carbono: 84 g (50%)

Grasas totales: 22 g (29%)

Saturadas: 4 g (5%)

Monoinsaturados: 9 g (12%)

Poliinsaturados: 7 g (9%)

Colesterol: 50 mg

Fibra: 11 g

Sodio: 160 mg

## Congrio con patatas en salsa verde

### Ingredientes

500 g de congrio, 400 g de patatas,  
medio manojo de perejil, 2 dientes de  
ajo, 30 ml de aceite de oliva virgen



### Preparación

Pelar y picar los ajos muy finos. Picar el perejil. Pelar y cortar las patatas en trozos de unos 5 mm de grosor. En una cazuela rehogamos el ajo y las patatas con el aceite, añadir el agua o caldo de pescado y dejar hervir una media hora. Cuando la patata esté hecha, añadir el perejil y dejar 1 minuto que dé un hervor. En una sartén saltear vuelta y vuelta las rodajas de congrio, previamente enharinadas, con un poco de aceite. Juntar las patatas en salsa con las rodajas de congrio, dar un hervor de 3 minutos al guiso y dejar reposar durante 10 minutos fuera del fuego antes de servir.

### Utensilios

Una sartén, una cazuela.

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-Nutricionista de la Fundación Hipercolesterolemia Familiar

## Compota de manzana y pera con vainilla



### Ingredientes

400 g de manzana royal y 400 g de  
pera conferencia, un trozo de cáscara  
de limón, 20 g de azúcar y 1 dl de  
agua, media vaina de vainilla

### Preparación

Pelar y quitar los corazones a las peras y manzanas, cortar en cuartos y colocar en una cazuela con la cáscara de limón, el agua, el azúcar y la media vaina de vainilla. Cocer hasta que estén blandas. Servir fría o caliente



### Utensilios

Cazuela

# 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.

## Continúa el caos de la aportación reducida

Quería comentarles el procedimiento tedioso que tenemos que seguir en Asturias para poder recibir la aportación reducida de los medicamentos a los pacientes con hipercolesterolemia familiar (HF). Mi hijo y yo tenemos que tomar esta medicación de por vida y la compramos cada tres meses, tenemos que desembolsar nosotros los gastos cada vez que la compramos, y cada vez tenemos que rellenar los mismos documentos e ir a las oficinas para sellarlos, y así poder cobrarlos después de seis meses. La última vez presenté los papeles el 7 de julio y nos lo han abonado el pasado 3 de diciembre. Ahora ya tengo pendiente de abono el importe de otros tres meses y tengo que ir en breve a comprar la medicación de otros tres meses. ¿No sería posible buscar otro procedimiento que permita cobrarlo de una forma más rápida y ahorrarnos todo este papeleo? Por favor hagan llegar esta sugerencia a quien proceda. Muchas gracias.

### M.ª del Mar González Castañón y Pablo Menéndez González

Oviedo

Hace unos meses me puse en contacto telefónico con ustedes para comentarles mi situación en esta ciudad donde resido, Salamanca, acerca del procedimiento que sigue la comunidad de Castilla y León respecto al reintegro de gastos referidos al tratamiento de las estatinas una vez que nos han diagnosticado una HF. Pues bien, estamos en noviembre de 2010 y estas son las fechas en que el Servicio de Prestaciones me abona con un retraso de un año las cantidades que yo previamente he abonado en la farmacia. Sabemos que en otras comunidades, al tratarse de un tratamiento crónico, se hace mediante un sello de ins-

pección, para evitar pérdidas de tiempo innecesarias. Quisiera saber si está en sus manos hacer algo para evitar este peregrinaje burocrático, que es una discriminación absoluta. Y aún hay más: mi hijo Javier, residente en la actualidad en Pamplona (comunidad foral de Navarra), tiene que empezar de nuevo para que le reconozcan en esa comunidad la aportación reducida al tratamiento. Le indicaron la necesidad de acudir al "endocrino" para hacerle un eco-doppler de carótidas, como establece el protocolo, y le dijeron que a la vista del resultado, emitirían el correspondiente informe. Parece que en esta comunidad esta prueba es necesaria para también acreditar la HF. Esto complica aún más el tema. Ahora tenemos que empezar de nuevo. ¿Sería tan difícil establecer en todo el país un procedimiento único?

### Mary Carmen Ortego Navarro

Salamanca

Agradezco a la Fundación el interés mostrado hacia los pacientes con HF en el Foro de Política Sanitaria de Valladolid. Allí se comentó la necesidad de las familias con HF de recibir la aportación reducida al tratamiento mediante visado de inspección, y no por reintegro de gastos. Yo estoy completamente de acuerdo, porque alguna familia con HF, que acude a mi consulta, se ha visto obligada a suspender el tratamiento, por no poder desembolsar inicialmente el pago de los fármacos, que es el requerimiento a seguir en esta comunidad para conseguirla. Según me comentan, el abono de la prestación económica (reintegro de gastos por parte del Servicio de Prestaciones) no lleva una cadencia regular. Los pacientes tienen que presentar los gastos y posteriormente se lo ingresan en el banco, pero el tiempo medio de espera viene siendo de tres meses. Espero seguir en contacto con la Fun-

dación para poder contribuir a que las cosas mejoren y ayudar a nuestros pacientes.

### Isabel Criado González

Médico. Valladolid

Os escribo este e-mail para comentaros que después de siete años de lucha, por fin he conseguido la aportación reducida al tratamiento de la hipercolesterolemia familiar que padecemos todos en mi familia. Mi hermana, que vive en Baleares, se hizo el diagnóstico genético a través del Programa del Registro que esta Fundación llevó a cabo en el año 2000 y se beneficia desde hace tiempo de ella, pero yo que no tengo el diagnóstico genético no he conseguido la aportación reducida hasta este año que me he trasladado a Cádiz, y gracias a vuestro apoyo he llegado hasta el final. En esta ciudad, al igual que en otros lugares, tampoco saben mucho de este tema, ni de sus procedimientos. He conseguido las recetas para dos meses, ya que el procedimiento de emisión es bimensual. Y después de pasar por tres farmacias que desconocían este asunto, he tenido la suerte en una de ellas de dar finalmente con una persona que sí lo conocía y me pudo atender. Estoy satisfecho de haberlo conseguido, por el ahorro que representa; aunque por otra parte, la repetición del papeleo cada dos meses me va a suponer una pérdida de tiempo innecesaria. Les seguiré contando. Gracias por su ayuda.

### Javier Alvarado Pérez

Cádiz

*Hacemos llegar una vez más a nuestras autoridades sanitarias la necesidad de ir hacia un procedimiento único, para que todas las familias con HF se beneficien de igual forma, y con ello evitar la inequidad y desigualdades que se viven en nuestro país. Todos coincidimos en*





señalar que las transferencias sanitarias a las diferentes comunidades lejos de añadir dificultades deberían servir para cohesionar y mejorar la salud de los ciudadanos. Así se puso de manifiesto en el Foro Internacional de Política Sanitaria celebrado en el mes de noviembre en Valladolid. Desde la Fundación seguiremos presionando a la administración sanitaria para recuperar la equidad y la justicia social.

### Llamamiento desde Orihuela

Deseo darle las gracias por su labor informativa y por los logros que están consiguiendo, de gran importancia para todos los afectados. Tengo 46 años, y aunque resido en Orihuela, mi familia paterna tiene su origen en San Miguel de Salinas. Por parte paterna todos mis tíos padecen hipercolesterolemia, con problemas cardíacos y en sus antecesores la mitad fallecieron antes de los 50 años de infarto de miocardio. Tengo conocimiento de colesterol elevado desde los 12 años con niveles de 320 mg/dl, pero no he recibido tratamiento médico hasta los 29 años ya que los médicos no lo consideraron imprescindible. Comienzo el tratamiento con estatinas después de mi embarazo con cifras de 400 mg/dl de colesterol, pero es a partir de los 37 años cuando presenté síntomas de fatiga, y es a partir de ese momento cuando comienza mi peregrinar por muchos especialistas que lo achacaban a ansiedad y depresión. Con 42 años sufrí la primera angina o microinfarto y me colocan un año después un *stent*. Sigo un nuevo tratamiento con cardyl 80 mg, ezetrol, plavix, adiro, ternormin. He continuado con el mismo tratamiento farmacológico y dietético y he practicado deporte regularmente, pero hace un mes me diagnosticaron una nueva angina y me volvieron a colocar otro *stent* en la misma arteria coronaria. En febrero del 2011 tengo consulta con el cardiólogo. Tengo un hijo afectado con 16 años, que comenzó su tratamiento hace un año. También tengo una hermana de 35 años diagnosticada hace meses, sin embargo los médicos no han dado demasiada importancia a sus antecedentes, a pesar de que ya ha comenzado a tener molestias en el pecho.

**Rosario Pérez Yaguez**  
Orihuela (Alicante)

*Una vez más se pone de manifiesto la necesidad de un plan nacional de detección de la HF para que los profesionales sanitarios estén informados del elevado riesgo de presentar un infarto de miocardio en edades muy jóvenes que tienen las personas con HF (incluidas las mujeres) y que conozcan que con un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado se puede y se debe evitar la enfermedad coronaria prematura.*

*Respecto a su situación personal, esperamos que con el nuevo tratamiento consiga un mejor control de su colesterol para evitar nuevos eventos coronarios. Suponemos que su hermana sigue tratamiento farmacológico para controlar el colesterol. Y teniendo en cuenta los antecedentes familiares, debería consultar al cardiólogo por si precisa la realización de alguna prueba para descartar enfermedad coronaria.*

### Solicitud para el estudio de familias

Soy socia de la Fundación desde hace años, y me gustaría formar parte del estudio de familias con HF que están realizando. Tengo 35 años, y estoy en tratamiento con estatinas desde hace 14 años (salvo un descanso para tener a mi hijo y otro descanso mientras buscaba el embarazo). En 2007 mi endocrino nos pidió un estudio genético a toda la familia, pero no el referido a la genética de la HF. Si consideran interesante incluirnos pueden ponerse en contacto conmigo.

**Rosario González Anera**  
Granada

*Le agradecemos su ofrecimiento, y todo lo que necesita es tener el diagnóstico genético positivo de HF. Usted sería el caso índice y después se estudiarían a sus otros familiares. Sin embargo, la comunidad de Andalucía todavía no lo está realizando. Aunque también es cierto que en algunos hospitales de esa comunidad se está realizando el diagnóstico genético en algunos casos. Si su endocrino consiguiera que le hagan el diagnóstico genético, contaríamos con ustedes en el estudio.*

### Marisco y colesterol

He escuchado comentar que el consumo de mariscos puede elevar el colesterol y también el ácido úrico. Tengo ligeramente elevado el colesterol y el ácido úrico, ¿puedo tomar marisco con moderación o lo tengo que retirar de mi dieta?

**Antonio Martínez López**  
Madrid

*El tema de si el consumo de marisco afecta al colesterol es una pregunta bastante frecuente. Algunos mariscos, tales como los mejillones, almejas, vieiras y ostras tienen un contenido muy bajo en colesterol y no necesitan ser eliminados de la dieta. Otros como la langosta, centolla, cangrejo, gambas, calamares y pulpo, contienen colesterol pero muy poca cantidad de grasa saturada. Puesto que la grasa saturada eleva el nivel de colesterol más que el propio colesterol de la dieta, estos alimentos se consideran saludables y en la mayoría de las personas no causan un aumento del colesterol cuando se toman en cantidades moderadas. Las personas con hipercolesterolemia heredada como la HF deberían tener más cuidado y tomarlos no más de 2-3 veces en semana.*

*El ácido úrico es un producto de desecho que se produce durante los procesos del metabolismo y habitualmente se elimina por los riñones. Los efectos de la dieta sobre los niveles de ácido úrico son moderados en la mayoría de las personas. Sin embargo, las personas que han presentado gota deben evitar el consumo excesivo de alimentos ricos en purinas, entre los que se incluyen algunas formas de marisco como las gambas, la centolla o el cangrejo. Otros alimentos ricos en purinas son las anchoas, las huevas de pescado, los arenques, la caballa y las sardinas. Y aparte de pescados y mariscos, las carnes rojas y de caza, el extracto de levaduras, la cerveza, las setas y algunos vegetales como los espárragos, la coliflor, las espinacas y los guisantes. Otras medidas dietéticas para controlar el ácido úrico incluyen el control del peso y evitar o reducir el consumo de alcohol y de bebidas azucaradas.*



## ¿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.cholesterolfamiliar.com](http://www.cholesterolfamiliar.com)) les permitirá mantenerse al día en todo lo relacionado con la HF y el colesterol, no solo a las personas con HF, sino también a los profesionales de la salud.

## Socios protectores de la FHF



Trabajando juntos  
por un mundo más sano™



## Nuevo Centro Virtual de control del colesterol

El 16 de diciembre se presentó el primer Centro Virtual para controlar y prevenir los riesgos asociados a la hipercolesterolemia. Este Centro Virtual es un proyecto de interés social y sanitario en el que se utilizan las nuevas tecnologías de la información en el campo de la salud pública.

La Fundación Hipercolesterolemia Familiar con el apoyo del ministerio de Industria a través del Plan Avanza y con la colaboración tecnológica del grupo Táumaco ha puesto en marcha este innovador proyecto, denominado Centro Virtual para el diagnóstico, control y seguimiento de las hipercolesterolemias. Esta iniciativa, dirigida a la sociedad en general y a los profesionales sanitarios, pretende controlar y prevenir los riesgos asociados a los niveles elevados de colesterol, especialmente en la hipercolesterolemia familiar (HF) y en la hiperlipemia familiar combinada, trastornos crónicos de origen genético que afectan al 2 por ciento de la población.



El Centro Virtual está compuesto por diferentes apartados, que abordan una presentación general sobre las hipercolesterolemias y sus riesgos, testimonios de afectados, recomendaciones preventivas relacionadas con los hábitos de vida saludables e información sobre el tratamiento de la hipercolesterolemia. Además, el usuario dispondrá de una innovadora aplicación de diagnóstico, que a través de un asistente virtual, le solicitará unos datos clínicos de fácil acceso para su valoración y emisión de un diagnóstico sobre la posibilidad de padecer o no una hipercolesterolemia familiar (HF). Los profesionales sanitarios podrán acceder a formación con vídeos de conferencias y seminarios y a una recopilación de documentación sobre las hipercolesterolemias familiares.

Para las personas y familias con HF que están incluidas en el estudio de cohorte, la aplicación permitirá cumplimentar la encuesta anual de seguimiento y mediante un mecanismo de alertas, enviar mensajes puntuales a la Fundación relacionados con su salud, hábitos de vida, toma de medicación y presencia de un episodio cardiovascular entre otros.

Les invitamos a conocer este Centro Virtual de control del colesterol en

[www.centrovirtualcolesterol.org](http://www.centrovirtualcolesterol.org)

También puede acceder a toda la información disponible en el Centro Virtual a través de la web [www.colesterolfamiliar.com](http://www.colesterolfamiliar.com), donde encontrará un enlace directo.

## 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.