

En este número...

La prevención como prioridad sanitaria 2

Desigualdad en el diagnóstico de la HF 3

Cáceres, nueva ciudad en el estudio de seguimiento de familias con HF 4 y 5

La salud en Europa 6



La hiperlipemia familiar combinada también requiere un diagnóstico precoz 7

El consumo de sal 8

Cómo comer bien con un presupuesto reducido 9

Noticias 10, 11

Recetas de primavera 12

Cartas de los lectores 13 y 14

Qué hace la Fundación 15

Fundación Hipercolesterolemia Familiar

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

Tlfs.: 915042206/915570071 Fax: 915042206

Web: www.colesterolfamiliar.com

e-mail: info@colesterolfamiliar.com

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



Cáceres, que recibió al equipo de la Fundación en marzo, batió el record de asistencia de una jornada de detección de HF.

Un diagnóstico desigual

El tratamiento de la HF en España, como en Europa, varía mucho de un sitio a otro

El tratamiento de una persona afectada por hipercolesterolemia familiar (HF) depende en gran medida del lugar donde vive. Y eso es verdad en España, donde el distinto tratamiento según las diferentes comunidades es notorio, como en Europa. En España, hay comunidades como Castilla y León, donde las autoridades sanitarias han puesto en práctica, en colaboración con la Fundación Hipercolesterolemia Familiar, un programa pionero de detección de la HF en el que participa la red de atención primaria, con lo que ello supone de tratar el problema desde el nivel más básico de la atención sanitaria. Y, por el contrario, hay otras comunidades donde no solo no hay plan de detección alguno, sino que ni siquiera los pacientes ya diagnosticados reciben un tratamiento razonable, como ponen de manifiesto las cartas que recibimos en la Fundación (páginas 13 y 14 de este Boletín).

La gran desigualdad se manifiesta también en Europa, donde hay países muy avanzados en el tratamiento de la HF, como Holanda, y otros donde apenas se ha desarrollado ningún tratamiento. Y es especialmente significativo el caso de Gran Bretaña, donde un artículo reciente de la publicación médica *British Journal of Cardiology* ha puesto de manifiesto lo poco que se ha hecho en Inglaterra para implementar las recomendaciones de las guías del Instituto Nacional Británico para la Excelencia Clínica para la identificación y tratamiento de la HF publicadas en el 2008 y que recomendaban un diagnóstico precoz utilizando la medición del colesterol y el diagnóstico genético de familias conocido como cribado en cascada familiar. Esta actitud contrasta con el desarrollo de estas recomendaciones en regiones con autonomía como Gales, Escocia e Irlanda del Norte donde se han hecho significativos progresos en la identificación y tratamiento de los pacientes con HF, incluido el diagnóstico genético (ver página 3).

Una vez más, desde la Fundación volvemos a hacer un llamamiento a nuestras autoridades para evitar esas desigualdades que hacen que personas de una misma familia se vean tratadas de una manera distinta según la comunidad autónoma en la que viven.

La prevención como prioridad sanitaria

El informe de salud *Health at a Glance: Europe 2010* ('Panorama de la salud: Europa 2010') que traemos a la página 6 de este Boletín señala que el gasto total en salud ha aumentado en todos los países europeos en los últimos años, lo que supone un crecimiento que se sitúa por delante del crecimiento económico. Esto se debe en parte a que los sistemas sanitarios europeos se centran en el cuidado del enfermo en lugar de centrarse en la prevención de la enfermedad. El cuidado curativo representa más del 60 por ciento del gasto actual en salud y el otro gasto principal corresponde a productos de farmacia y a otros artículos médicos. En comparación con esto, menos del 3 por ciento del gasto total en salud de la UE se asigna a medidas para la prevención y salud pública y lo mismo sería aplicable a España.

En tiempos de crisis económica es importante la inversión sanitaria en programas de prevención y la hipercolesterolemia familiar (HF) es un problema de salud pública cuya detección y tratamiento debe ser una prioridad para el sistema nacional de salud. Desde la Fundación Hipercolesterolemia Familiar nos sentimos satisfechos cuando logramos diagnosticar a personas jóvenes con HF, como se refleja en las jornadas de detección que realizamos periódicamente, porque estarán informadas y bien tratadas. Sin embargo, la mayoría de las familias con HF no están diagnosticadas y esta situación es preocupante ya que sus miembros pueden presentar una enfermedad coronaria prematura. Los fallos en la detección son numerosos: falta de recursos, falta de una adecuada formación de los profesionales sanitarios y un limitado acceso al diagnóstico genético entre otros.

Aunque la detección genética va avanzando lentamente y se está realizando en algunas comunidades, existe una grave deficiencia en su implantación a nivel nacional. Y esto es preocupante ya que, por ejemplo, familiares de pacientes con HF a los que se les ha diagnosticado genéticamente en una comunidad no se benefician de este

Es importante la inversión sanitaria en programas de prevención y la hipercolesterolemia familiar (HF) es un problema de salud pública cuya detección y tratamiento debe ser una prioridad para el sistema nacional de salud

derecho si viven en otra donde no se realiza el diagnóstico. Además, y así lo atestiguan numerosas cartas que recibimos de las personas con HF, siguen existiendo familias en algunas comunidades que no reciben la aportación reducida al tratamiento a pesar de un ser un derecho regulado mediante un real decreto. Por esto, seguimos recordando a nuestras autoridades sanitarias que las leyes están para cumplirse y que para evitar estas desigualdades es necesario poner en marcha un plan de detección coordinado por el ministerio de Sanidad para que las prestaciones y la atención médica sean iguales independientemente del lugar de residencia.

Personaje



M.ª del Mar Román González

34 años

Puebla de Obando (Badajoz)

M.ª del Mar supo que tenía hipercolesterolemia familiar (HF) muy joven, a los 16 años, a raíz de que su padre, también con hipercolesterolemia, presentara un infarto de miocardio extenso a los 41 años y tuviera que recibir un trasplante a los 42. A pesar de estos antecedentes, los médicos no le dieron importancia a la hipercolesterolemia al ser una persona joven. Pero a los 27 años, después del nacimiento de su hija y con unas cifras de colesterol cercanas a los 400 mg/dl comenzó tratamiento con estatinas. Tiene el colesterol controlado y no ha padecido ningún accidente cardiovascular.

Trabaja en una farmacia, cumple adecuadamente con la dieta y la medicación, lleva una vida activa, no tiene ningún problema de salud y ha dejado de fumar. Tiene una hija de siete años con colesterol elevado y se ha confirmado que tiene una HF mediante el estudio genético que se realizó el pasado mes de marzo en la jornada de detección de familias que la Fundación realizó en Cáceres. Cuando se amplía el círculo familiar, aparecen numerosos familiares con HF. Su padre, una hermana, su hija, seis tíos paternos y primos hermanos por la rama paterna tienen hipercolesterolemia. Su abuelo presentó un infarto de miocardio a los 60 años. Esta amplia historia familiar ha posibilitado que tres generaciones de la familia Román participasen en el estudio de detección y seguimiento de la HF que se realizó en Cáceres. Y, sin embargo, algunos familiares no reciben la aportación reducida al tratamiento, a pesar de que es un derecho que tienen desde el año 2004. Casos como estos nos animan a todos a seguir contribuyendo al conocimiento de esta enfermedad y a seguir demandando a las autoridades sanitarias no solo el cumplimiento de la gratuidad en el tratamiento sino también la detección precoz de las familias con HF.

Desigualdad en el diagnóstico de la HF

La hipercolesterolemia familiar (HF) sigue muy desigualmente diagnosticada, y no solo en España. Recientemente, un artículo del número de abril del *British Journal of Cardiology* titulado "FH: a developing English scandal" pone de manifiesto lo poco que se ha hecho en Inglaterra para implementar las recomendaciones de las guías del Instituto Nacional Británico para la Excelencia Clínica (NICE, en sus siglas en inglés) para la identificación y tratamiento de la hipercolesterolemia familiar (HF) publicadas en el 2008 y que recomiendan un diagnóstico precoz de la HF utilizando la medición del colesterol y el diagnóstico genético de familias conocido como cribado en cascada familiar. Esta actitud contrasta con el desarrollo de estas recomendaciones en regiones con autonomía como Gales, Escocia e Irlanda del Norte donde se han hecho significativos progresos en la identificación y tratamiento de los pacientes con HF, incluido el diagnóstico genético.

Un cuestionario enviado a los médicos de atención primaria en Inglaterra y en el que se solicitaba información sobre el desarrollo de la puesta en práctica de la guía del NICE para la HF, reveló que la mayoría de los médicos que respondieron a este cuestionario admitían la falta de un plan formal para la HF. El análisis de estos resultados puso de manifiesto que el fallo en la implantación de estas guías a nivel de atención primaria se debe a la falta de prioridad. Un número importante de médicos señalaban que se enfrentan con una barrera a la hora de tratar a pacientes con HF e indican que estos problemas necesitaban tratarse inmediatamente si las guías para la detección de la HF quieren desarrollarse satisfactoriamente en Inglaterra.

Los hallazgos de este estudio inglés tienen una seria lectura tanto para los

Un reciente estudio británico revela lo poco que se han puesto en práctica las recomendaciones de las autoridades sanitarias

pacientes como para los clínicos que trabajan en este campo. Así, el 60 por ciento de los médicos de atención primaria no tienen planes escritos que apoyen la implementación de la guía NICE en HF. El 28 por ciento señala que no hay clínicas de lípidos especializadas en su área y otro 25 por ciento no conocían la situación de las existentes, donde los pacientes con HF puedan ser derivados. Tampoco conocían si las clínicas de lípidos en su área pueden realizar el diagnóstico genético de las familias con HF. Las consecuencias son que la mayoría de la población (85 por ciento) con HF está sin diagnosticar en el Reino Unido, lo que conduce a que muchos pacientes con HF presenten una enfermedad cardíaca prematura.

Desigualdad en España

Estos hechos guardan un paralelismo con lo que ocurre en España, incluso amplificados por la existencia de diecisiete comunidades autónomas. Aunque como venimos comentando en anteriores boletines el

Se necesita una estrategia nacional de detección de la HF para poder detectar a las generaciones de personas jóvenes dentro de cada familia afectada

diagnóstico genético de la HF ya se está realizando en nueve comunidades, sigue sin existir una estrategia homogénea y solo en Castilla-León se está realizando un plan de formación con la participación del médico de atención primaria. Desde la Fundación Hipercolesterolemia Familiar nos preocupa que si no se implanta una estrategia de detección nacional, los pacientes con HF no puedan beneficiarse de un diagnóstico y cuidado clínico adecuado con el consiguiente riesgo de presentar un infarto de miocardio en edades jóvenes. Un aumento en la detección de estas personas disminuye a la larga la morbilidad y la mortalidad precoz de origen cardíaco.

El sistema de salud se enfrenta a una presión creciente del gasto por lo que es fundamental para el ahorro sanitario la prevención de las enfermedades más prevalentes como la enfermedad cardiovascular. Con un programa de detección precoz y un tratamiento adecuado de las personas con HF se evitaría, a la larga, la enfermedad coronaria prematura y por tanto se produciría una reducción en los gastos sanitarios, además de repercutir en otros costes personales y sociales. También mejoraría la calidad de vida y serviría para tranquilizar a las familias con HF.

Por lo tanto, se necesita una estrategia nacional de detección de la HF para poder detectar a las generaciones de personas jóvenes dentro de cada familia afectada de HF y esta estrategia de detección debería ser una prioridad con la nueva ley de salud pública. Si la actitud de las autoridades sanitarias no cambia nos arriesgamos a la inequidad sanitaria y a excluir en salud a la mayoría de la población española que todavía no está diagnosticada y que ha tenido la desgracia de tener un trastorno genético.

Cáceres bate el **record de asistencia** a una jornada de detección

Con la nueva jornada, el Estudio de Seguimiento de la HF cuenta con 2.800 casos de unas 500 familias

Desde hace años, algunas familias de Extremadura habían esperado con impaciencia esta jornada, que finalmente tuvo lugar los días 12 y 13 de marzo en el Hospital San Pedro de Alcántara-Cáceres, en el servicio de Medicina Interna dirigido por el doctor Juan Francisco Sánchez Muñoz Torrero. De las jornadas que ha lle-

vado a cabo la Fundación Hipercolesterolemia Familiar hasta ahora, ha sido una de las más numerosas, porque no falló nadie, hecho muy destacable, teniendo en cuenta que la lluvia acompañó la llegada del equipo de la Fundación y también la despedida; sin embargo, no hizo desistir en el empeño a las 115 perso-

nas adultas y 15 niños, algunas de ellas procedentes de las provincias de Badajoz y Cáceres, como Puebla de Obando y Miajadas, entre otras localidades.

“Una herencia más ligera”

Algunas familias vienen de muy lejos, pero quieren poner su granito de arena en los avances de la medicina. Entienden que hay que hacer algo más por la hipercolesterolemia, para que “nuestros hijos reciban una herencia más ligera” decían, aunque hubiera sido preferible dejarles en herencia una “finquita” nos decían otros. Y así, acudieron familias numerosas que incluían tres generaciones como los Román González, que en todo momento, nos dieron un ejemplo de solidaridad informando a familiares de primer y segundo grado, no solo a los de su ciudad, sino también a los de fuera.



Acudieron familias que incluían tres generaciones que dieron un ejemplo de solidaridad informando a familiares de primer y segundo grado



Hay que destacar a Paula, asumiendo el papel de coordinadora dentro de su familia numerosa, y el de Agustina, cuya ayuda y cercanía ha sido esencial para llegar a entroncar en la segunda década del pasado siglo, las diferentes ramas de los seis hermanos Fabregat Gómez —todos ellos con HF—, cuya herencia



genética han transmitido a una gran parte de los familiares que estaban en la jornada y cuya historia común, muchos de ellos, sobre todo los más jóvenes, no conocían.

La Fundación continúa en este año 2011 con el desarrollo de uno de sus objetivos esenciales que es extender la detección

Durante la jornada se puso de manifiesto que varias familias no reciben la aportación reducida para el tratamiento

genética al grupo familiar, y de esta forma conseguir que cada vez sean más las personas con HF que se beneficien de un mejor seguimiento y control. Y es que como muy bien pudimos comprobar en esta jornada, existe una gran diferencia entre aquellos casos (índices) que ya han sido diagnosticados genéticamente en los centros especializados y aquellos otros, que viviendo en otros puntos más alejados, ni siquiera reciben la aportación reducida al tratamiento. Hay falta de información y formación. Y así, nos encontramos con familias que, a pesar de haber sufrido los estragos de la hipercolesterolemia en los más mayores, les sigue sorprendiendo el infarto, como le

ha sucedido con 25 años a Javier. ¿Acaso hechos como este no podría haberse evitado? Desde luego, situaciones así motivan a la Fundación a promover estas acciones, en las que se crea el clima de confianza que permite la participación activa de adultos y niños, porque están seguros de que la prevención es un objetivo esencial.

Importancia de la información

Sin embargo, cuesta entender que en las políticas de salud no se tenga en cuenta la importancia de la información y la formación, para priorizar la prevención. Durante la jornada se puso de manifiesto que varias familias no reciben la aportación reducida para el tratamiento. Se ha elaborado una relación con el objetivo de que en la consejería de Sanidad de Extremadura resuelvan de forma rápida la acreditación de HF para que puedan beneficiarse de un derecho regulado en el año 2004. Desde la Fundación expresamos nuestra desaprobación absoluta ante estos hechos que lejos de favorecer la prevención acaban en la intervención resultando muy gravosos para el sistema sanitario.

El seguimiento continuado supone un mejor control de la HF y juntos seremos capaces de potenciar el conocimiento que esta nueva herramienta, la genética, nos ofrece, para beneficiarnos en un futuro próximo de un mejor tratamiento de la HF en los diferentes grupos familiares. Y este es el camino esperanzador que todos de forma solidaria perseguimos con este estudio de seguimiento de familias.

Hay falta de información y así nos encontramos con familias que a pesar de haber sufrido los estragos de la HF en los más mayores les sigue sorprendiendo el infarto



La salud en Europa

Aunque en las últimas décadas hemos logrado muchos avances en el campo de la sanidad, siguen existiendo grandes diferencias entre los países europeos en cuanto al estado de salud, factores de riesgo y provisiones de asistencia sanitaria. Para explicar las causas de estas diferencias y guiar el desarrollo de políticas de salud en el futuro, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico ha publicado el informe *Health at a Glance: Europe 2010* ('Panorama de la salud: Europa 2010') que incluye datos sobre la salud de 31 países.

Esperanza de vida

Desde 1980 el promedio de esperanza de vida ha aumentado en seis años, alcanzando los 78 en 2007 (siempre un poco mayor para las mujeres). Este notable aumento puede atribuirse a la mejora de las pautas y estilos de vida y a una mejor educación, aparte de un mayor acceso a servicios sanitarios de calidad.

La cuestión de si el aumento de la esperanza de vida supone vivir más años en buen estado tiene implicaciones importantes para la salud y los sistemas sanitarios europeos a largo plazo. Se estima que las mujeres viven algo más de 61 años y los hombres 60 sin tener que limitar sus actividades diarias. Como las mujeres viven más que los hombres, esto significa que tienen una proporción mayor de años con limitación de actividad. La prevención de enfermedades crónicas y debilitantes como enfermedades cardiovasculares y cáncer es una manera de mantener una buena calidad de vida. Por eso, es muy importante reducir los factores de riesgo de estas enfermedades.

Tabaco y alcohol

Fumar es el principal riesgo evitable para la salud y su importante disminución en toda Europa desde los años ochenta constituye todo un logro. Esto se atribuye en gran

Desde 1980 el promedio de esperanza de vida en Europa ha aumentado en seis años, alcanzando los 78 en 2007

medida a las políticas gubernamentales como son las campañas de concienciación y las prohibiciones publicitarias y de fumar en lugares públicos. El consumo total de alcohol también ha disminuido en cierto grado, aunque en algunos países, como Finlandia, Irlanda y Reino Unido, se ha producido un aumento de su consumo en los últimos años.

Consumo de fruta

Los hábitos alimentarios que se adquieren en la infancia suelen perdurar el resto de la vida, por lo que comer fruta regularmente desde los primeros años desarrolla comportamientos alimentarios sanos y duraderos. En 2008 solo un tercio de los chicos y dos quintos de las chicas de entre 11 y 15 años consumía al menos una pieza de fruta al día. Para incrementar su consumo, el informe recomienda hacerla más accesible en el colegio y en los recreos, en combinación con actividades educativas y motivacionales.

Cuestiones de peso

Europa, con la mitad de su población adulta con sobrepeso u obesidad se enfrenta a un grave problema. Es probable que factores asociados a la conducta y al medio ambiente, como la bajada de los precios

de la comida basura y especialmente el mayor tiempo de inactividad física, hayan contribuido a esta situación. Como promedio, el 16 por ciento de la población adulta de Europa es obesa. Y la obesidad aumenta el riesgo de padecer enfermedades crónicas.

Prioridades sanitarias

El gasto total en salud ha aumentado en todos los países europeos, pasando del 7,3 por ciento del producto interior bruto en 1998 al 8,3 por ciento en el 2008, lo que supone un crecimiento a un ritmo más rápido que el económico. Los sistemas sanitarios europeos se centran en el cuidado del enfermo en lugar de en la prevención de la enfermedad. El cuidado curativo representa más del 60 por ciento del gasto actual en salud y el otro gasto principal es en productos de farmacia y otros artículos médicos. En comparación con esto, solo el 2,9 por ciento del gasto total en salud de la UE se asigna a medidas para la prevención y salud pública.



Aunque es algo subjetivo, se ha comprobado que la autopercepción del estado de salud puede predecir el uso futuro de la atención sanitaria y la mortalidad de la gente. La mayoría de la población adulta de casi todos los países europeos afirma que su salud es "buena", pero hay una marcada disminución

en las puntuaciones de salud positiva pasados los 45 años y más aún después de los 65. Resulta evidente que es necesario añadir vida a los años y no simplemente años a la vida.

La hiperlipemia familiar combinada también requiere un diagnóstico precoz

La hiperlipemia familiar combinada (HFC) es uno de los trastornos del metabolismo del colesterol de base familiar más frecuentes, pues afecta a un 1 ó 2 por ciento de la población general. Por lo tanto, en España puede haber más de 600.000 personas con este trastorno. La importancia del diagnóstico precoz de esta hiperlipemia radica en la elevada incidencia de enfermedad coronaria. La HFC es la causa de aproximadamente 5.000 a 10.000 infartos de miocardio al año en España y alrededor de un 15 a 20 por ciento de los sujetos que ingresan con un infarto de miocardio presentan este tipo de hiperlipemia. Si se considera a las personas que han tenido un infarto de miocardio antes de los 40 años, el número de individuos que presentan una hiperlipemia familiar combinada aumenta al 40 por ciento. Por tanto, es un trastorno que predispone de forma importante al desarrollo de la enfermedad aterosclerótica prematura.

El mecanismo de transmisión de esta enfermedad hereditaria es complejo y no está completamente definido. Afecta a la mitad de los miembros de una familia desde edades jóvenes, y parece ser el efecto de la interacción de un gen dominante con otros factores genéticos y ambientales como la dieta y el sobrepeso. Típicamente, la HFC se manifiesta como una elevación de los niveles de colesterol y triglicéridos. Generalmente, el colesterol se encuentra entre 260 y 350 mg/dl y los triglicéridos entre 200 y 450 mg/dl. También puede observarse un colesterol-HDL inferior a 35 mg/dl, lo que conlleva un mayor riesgo cardiovascular. La HFC no tiene ninguna prueba diagnóstica de certeza. El diagnóstico se basa en el estudio familiar y en la exclusión de otras causas de hiperlipemias. En una misma fami-

lia pueden existir sujetos con colesterol y/o triglicéridos elevados, que pueden cambiar a lo largo del tiempo, tanto en el individuo como en el grupo familiar.

Es frecuente, que los pacientes con HFC, presenten además otras alteraciones metabólicas. El desarrollo de obesidad abdominal con infiltración grasa del hígado es muy frecuente. Cerca del 50 por ciento presentan alteraciones en la glucosa, así como obesidad de predominio central e hipertensión arterial (ver cuadro). Desde el punto de vista del riesgo cardiovascular, los pacientes que tienen una HFC se consideran de alto riesgo, por lo tanto deben ser tratados desde el momento del diagnóstico. La mayoría de los pacientes requerirán estatinas y en aquellos que además tienen hipertriglicidemia y/o colesterol HDL bajo se pue-

Hiperlipemia familiar combinada en España

(Fuente: Registro de Hipercolesterolemias Familiares de la Fundación Hipercolesterolemia Familiar)

- El 17% tiene enfermedad cardiovascular prematura
- El 56% presenta sobrepeso/obesidad de predominio central
- El 18% tiene diabetes mellitus tipo 2 y el 28% tiene hiperglucemia en ayunas
- El 42% tiene hipertensión arterial
- El 42% tiene un colesterol HDL < 40 mg/dl
- El 37% presenta hígado graso en la ecografía

den asociar fibratos, ácido nicotínico y en ocasiones ezetimiba, con el fin de controlar todos los parámetros lipídicos.

Cómo conseguirlo

Hemos querido traer el testimonio de una persona con HFC. Manuel Márquez Ruiz tiene 64 años y supo que tenía una hiperlipemia desde los 35 años. Desde entonces comenzó con tratamiento y desde hace casi veinte años toma estatinas y fibratos, al mismo tiempo que sigue con medidas dietéticas y actividad física. Con esto mantiene su colesterol y triglicéridos a raya con niveles inferiores a 200 y 150 mg/dl respectivamente. Tiene antecedentes familiares de hiperlipemia en su padre, un hijo y dos hermanos y su padre falleció de un infarto de miocardio. Además, su hermano tiene diabetes y Manuel tiene glucemias ligeramente elevadas. Por esto, hace una dieta saludable y lleva una vida muy activa. Y según nos manifiesta "acudo tres días a la semana al gimnasio donde realizo al menos una hora de ejercicio físico aeróbico y el resto de los días monto en bicicleta más de una hora además de caminar; así mantengo el peso controlado". Testimonios como el de Manuel nos animan a todos a seguir contribuyendo con un mayor conocimiento a la mejora de este trastorno de los lípidos, y cómo mediante unos hábitos de vida saludables se puede controlar la hiperlipemia, evitar la aparición de diabetes y prevenir la enfermedad cardiovascular.



El consumo de sal

Aunque la sal es necesaria para nuestro organismo, el consumo elevado de sodio, uno de los componentes de la sal de mesa, es un conocido factor de riesgo de hipertensión y de problemas cardiovasculares. La reducción de su consumo beneficiaría a la salud pública. Por ello las autoridades sanitarias, las organizaciones de pacientes y la industria alimentaria se esfuerzan por conseguir este objetivo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que los adultos consuman un máximo de 5 gramos de sal por persona y día, aunque de hecho el consumo real en Europa está entre los 8 y los 12 gramos. En España se calcula que el 80 por ciento de la población 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 recomendados. Los beneficios para la salud que se obtendrían reduciendo el consumo de sal han dado origen a diversas iniciativas en Europa y en nuestro país.

¿De dónde procede la sal?

Se calcula que solo el 20 por ciento de la sal que consumimos los españoles procede del salero. El pan, las galletas y los cereales proporcionan casi el 30 por ciento de la sal de nuestra dieta. El resto procede de los alimentos precocinados o preelaborados. El

exceso se debe, sobre todo, a un abuso de alimentos que contienen una gran cantidad de sal oculta. Dado que la principal fuente de sal en nuestra mesa son los alimentos procesados, los embutidos (cocidos y curados), los caldos y salsas preparadas, el pan, las galletas y la comida de restaurante, la colaboración con la industria alimentaria suele ser un componente clave en los programas para la reducción de sal.

Disminuir el contenido de sal de los alimentos

La sal se añade a los alimentos para darles sabor y realzar otros sabores, para conservar los alimentos y para lograr ciertas texturas. Una propuesta consiste en disminuir gradualmente la cantidad de sal presente en un producto alimentario. De esta manera, los consumidores se acostumbran poco a poco a un sabor menos salado. Normalmente es posible conseguir reducciones de entre un 20-25 por ciento sin que se resienta el sabor. La reducción gradual tiene mayor efectividad si todos los fabricantes de una misma categoría de productos acuerdan una estrategia y la llevan a cabo simultáneamente.

Pese a que una reducción en el consumo de sal lleva su tiempo, se calcula que incluso reducciones moderadas pueden suponer una disminución del número de enfermedades cardiovasculares y, por tanto, una mejora de la salud pública.



Cómo evitar el consumo excesivo de sal

- La forma más fácil es no añadirse a los alimentos. Reemplazar el sabor con hierbas, especias, limón, vinagre, pimienta, ajo, etc.
- Elija productos frescos siempre que sea posible.
- Evite alimentos salados: frutos secos, aperitivos, jamón, bacon, embutidos, salchichas, cecinas, alimentos enlatados, sopas y salsas de sobre, bollería comercial, quesos curados y bebidas de soda.
- La mayoría de la sal se añade en el proceso de elaboración de los alimentos.

Por tanto, cuando compremos alimentos precocinados u otros productos ricos en sal hay que tratar de elegir aquellos con menos sal; si es posible, con el etiquetado "bajo en sal".

- Necesita un tiempo para acostumbrar su paladar. El gusto por la sal se aprende (a los bebés no les gusta la sal) y usted necesita cambiar este hábito. Tardará alrededor de seis semanas para reducir la sal de forma gradual.

(Para más información consulte la guía para controlar su colesterol en www.centrovirtual-colesterol.org).

El sodio y los medicamentos

Muchos medicamentos tienen un alto contenido en sodio y muy especialmente aquellos cuya presentación es efervescente. Algunos ejemplos serían: antiácidos con bicarbonato sódico, complejos vitamínicos, suplementos cálcicos, antiinflamatorios (aceclofenaco, diclofenaco, ibuprofeno, etc.) y sobre todo los analgésicos como aspirina y paracetamol efervescentes.

Cómo comer bien con un presupuesto reducido

En estos duros momentos desde el punto de vista económico, un número considerable de personas tiene dificultades para comprar comida y hace esfuerzos por ahorrar en la cesta de la compra. Existe una idea errónea bastante generalizada de que todos los alimentos sanos son caros. Se puede comer de manera saludable con un presupuesto limitado, aunque puede que requiera un poco más de planificación.

La comida casera es más barata

Un reciente estudio americano evaluó el coste de la compra de alimentos para cumplir con las recomendaciones dietéticas nacionales. Se comparó la compra de alimentos en supermercados con la de comida rápida en restaurantes modernos. Los alimentos adquiridos en supermercados incluían grandes cantidades de frutas, verduras congeladas, pechugas de pollo, carne magra, pasta, pan, cereales de desayuno y productos lácteos. Las comidas adquiridas en el restaurante moderno consistían normalmente en bocadillos, carne de pollo, empanada, patatas salteadas o fritas, zumo, café o refrescos. Los análisis demostraron que el coste por caloría de la dieta de comida rápida era un 24 por ciento más elevado que la dieta de comida casera.



Por lo general, se cree que comer de manera saludable resulta caro, pero las tiendas de barrio y los supermercados ofrecen una amplia gama de alternativas. Además las directrices alimentarias recomiendan consumir únicamente pequeñas cantidades de los artículos costosos como carne, pescado, pollo y queso. En realidad, deberíamos comer más judías, lentejas y otros productos económicos como pan integral, arroz, pasta y otros cereales. Con respecto a las frutas y verduras, los productos frescos de temporada no suelen costar mucho. Por otra parte, dada la seguridad y calidad nutricional de los alimentos convencionales, no merece la pena incluir alimentos orgánicos más caros si se dispone de un presupuesto limitado. Por lo tanto, abra bien los ojos al hacer la compra, busque las ofertas especiales y, sobre todo, compre únicamente lo que sepa que va a comer.

Consejos sobre alimentos

- Compre la fruta y la verdura de temporada
- Diseñe un menú semanal saludable de bajo coste
- Escriba una lista de la compra y atégase a ella
- Organice los alimentos en su nevera/despensa de manera que los consuma antes de su fecha de caducidad
- Mida las porciones para reducir el desperdicio
- Entérese de cómo utilizar las sobras
- Cocine el doble y congele la mitad para otro día
- Los supermercados a menudo bajan el precio de los artículos perecederos cuando se aproxima la fecha de caducidad



Tenga siempre un plan

Una buena manera de alimentarse de forma sana y económica sin desperdiciar comida es tener un plan. Dedique media hora a decidir su menú semanal. Compruebe lo que tiene en su despensa, haga una lista de ingredientes adicionales y límitese a su lista al hacer la compra. Coma algo antes de ir al supermercado, puede que así evite comprar impulsivamente, ya que el hambre hace que llenemos nuestro carro de la compra con productos que no necesitamos. El resultado: ingredientes que se van a aprovechar en lugar de estar en la nevera/despensa estropeándose, tiempo ahorrado ya que sabe lo que va a cocinar y comidas saludables y sabrosas.



Noticias • Noticias • Noticias • Noticias

Cambiar hábitos de vida reduce los triglicéridos

Los triglicéridos son grasas que se encuentran en determinados alimentos y también se producen en el hígado. Aunque los triglicéridos se utilizan como una reserva de energía para cubrir las necesidades metabólicas, un aumento en sus niveles puede aumentar el riesgo cardiovascular. El aumento en los niveles de triglicéridos puede deberse a causas familiares o generalmente a una dieta inadecuada y a la presencia de obesidad. Una revisión reciente de numerosos estudios ha confirmado que modificar el estilo de vida mediante cambios en la dieta y la realización de ejercicio físico puede reducir los niveles de triglicéridos hasta un 50 por ciento. Modificar los hábitos alimentarios, cambiar las grasas saturadas por insaturadas, hacer ejercicio físico y perder peso pueden reducir los niveles de triglicéridos entre un 20 y

un 50 por ciento. Los investigadores recomiendan que los cambios deben incluir una disminución de los azúcares refinados y bebidas azucaradas, aumentar la fibra dietética, así como disminuir la ingesta de grasas saturadas y de grasas *trans* de producción industrial. Además, hay que limitar o desaconsejar el consumo de alcohol e incorporar el ejercicio físico de intensidad moderada, como caminar rápido durante al menos 30 minutos diarios. Si a estas recomendaciones se suma un cambio a una dieta mediterránea, de manera que se consuman abundantes verduras, frutas, vegetales y pescados ricos en omega-3, se puede conseguir, según comentan los investigadores, un descenso de los triglicéridos de hasta un 50 por ciento.

Circulation, 2011



La dieta mediterránea puede ayudar a prevenir la diabetes

Una dieta mediterránea con aceite de oliva y frutos secos puede ayudar a prevenir el inicio de la diabetes en las personas con riesgo cardiovascular elevado según se ha demostrado en el estudio *Prevención con dieta mediterránea* (PREDIMED) realizado en España. Se siguió durante una media de cuatro años a 418 personas sin diabetes al inicio del estudio y se analizó la posterior aparición de diabetes. Al final del periodo de observación las personas que seguían una dieta mediterránea suplementada tanto con aceite de oliva virgen o frutos secos tenían una disminución del 52 por ciento en la incidencia de presentar una diabetes cuando se comparaba con un grupo control de personas que seguían una dieta baja en grasas.

Diabetes Care, 2011

Sedentarismo en los jóvenes

Los jóvenes españoles de 13 a 18 años tienen uno de los niveles de sedentarismo más elevados de Europa según ha puesto de manifiesto el *Estudio de conductas de los escolares relacionadas con la salud* y en el que han participado más de 160.000 escolares de 32 países. Uno de cada cuatro adolescentes españoles no realiza ninguna actividad física y apenas el 10 por ciento cumple las recomendaciones de practicar al menos una hora diaria de ejercicio de intensidad moderada, lo que sitúa a España como uno de los países europeos donde se practica menos deporte.

Realizar ejercicio físico es muy importante ya que mejora las funciones cardiovasculares, la maduración del sistema musculoesquelético y las habilidades psicomotoras, además de aumentar la autoestima y prevenir el desarrollo de obesidad y otras enfermedades crónicas.

Noticias • Noticias • Noticias • Noticias

Acuerdo de colaboración con Brasil

El pasado 17 de marzo los doctores Raúl Santos, cardiólogo y director de la Clínica de Lípidos del Instituto del Corazón de la Universidad de Sao Paulo, Ana Carolina Gagliardi y Alexandre Pereira, especialistas en epidemiología, nutrición y biología molecular en el Instituto del Corazón de Sao Paulo, acudieron a la Fundación Hipercolesterolemia Familiar para establecer una colaboración y compartir proyectos y experiencias respecto a la hipercolesterolemia familiar (HF). En esta reunión se interesaron por la experiencia de la Fundación con la finalidad de poner en marcha en Brasil una organización de pacientes similar a la constituida en España. También se interesaron por el estudio de seguimiento de la cohorte española de familias con HF. Fruto de estas

conversaciones se va a compartir el mismo protocolo de recogida de datos que se está utilizando en España desde hace varios años. En la actualidad, la realización del diagnóstico genético de la HF en un área sanitaria de Sao Paulo nos permitirá comparar las características genéticas y clínicas de las poblaciones de Brasil y España.

Como objetivo de futuro se pretende desarrollar una estrecha colaboración entre ambos países y compartir experiencias en la formación de los profesionales sanitarios y de los pacientes con el fin de realizar una detección precoz de la HF y así prevenir la enfermedad cardiovascular y mejorar la calidad de vida de las familias con HF.



El aumento en la ingesta de azúcares puede aumentar el riesgo cardiovascular

Un estudio realizado en más de 2.000 adolescentes americanos que forman parte de la *Encuesta nacional de nutrición y salud* ha demostrado que los que realizaban un elevado consumo diario de dulces y azúcares añadidos (un 21 por ciento de la ingesta calórica diaria) tenían unos niveles de colesterol-HDL (bueno) más bajos y mayores niveles de triglicéridos que los adolescentes con un menor consumo de azúcares en su dieta. Estas alteraciones en los lípidos pueden aumentar a la larga el riesgo cardiovascular.

Circulation 2011

Las estatinas, beneficiosas para pacientes con alteraciones hepáticas

De acuerdo con un reciente estudio realizado en el hospital universitario de Tesselonika, Grecia, los pacientes con enfermedad coronaria previa, hiperlipemia y alteraciones de la transaminasas (inferiores a tres veces el límite superior de la normalidad), posiblemente asociadas a hígado graso (esteatosis hepática) que siguen tratamiento con estatinas tienen un mayor beneficio cardiovascular cuando se comparan con los pacientes no tratados y que tienen pruebas hepáticas normales. El estudio valoró en una población con una edad media de 60 años (80 por ciento varones) con sobrepeso central, si el tratamiento crónico con estatinas es seguro y eficaz en pacientes con hígado graso de origen no alcohólico. Los efectos adversos relacionados con el hígado tales como un aumento en los niveles de transaminasas no ocurrieron más a menudo en el grupo que recibió estatinas. Después de un seguimiento de tres años las enzimas hepáticas mejoraron o se normalizaron en los pacientes en tratamiento con estatinas y sin embargo empeoró en el grupo que no tomó estatinas.

Estos hallazgos sugieren que el uso de estatinas es una estrategia de tratamiento segura y prometedora en los pacientes con enfermedad coronaria previa, hiperlipemia y posible esteatosis hepática de origen no alcohólico, ya que puede mejorar las enzimas hepáticas y reducir el riesgo cardiovascular en estos pacientes con alteraciones de las enzimas hepáticas de leves a moderadas.

Lancet, 2010;376:1916-22

Recetas de Primavera

Sopa vegetal con alubias blancas



Ingredientes

200 g de alubias blancas cocidas, 100 g de judías verdes en trozos de 3 cm aproximadamente, 100 g de calabacines en tiras, 2 tomates sin piel troceados, 1 cebolla troceada, 1 zanahoria rallada, 1 litro de caldo de verduras, 2 tallos de apio en rodajas finas, 2 dientes de ajo troceados, 2 cucharadas de aceite de oliva y 1 cucharadita de cilantro

Preparación

Calentar el aceite en una cacerola grande y añadir la cebolla. Sofreír a fuego medio durante 5 minutos. Añadir el ajo, el apio, y las judías verdes y dejar cocer otros 5 minutos. Añadir los tomates y el caldo y dejar cocer otros 5 minutos. Añadir el calabacín, la zanahoria y las alubias escurridas y cocerlo todo 10 minutos más. Servir la sopa después de añadir el cilantro.

Utensilios

Una cazuela

Valor nutricional total del menú

(por ración)

Energía: 667 kcal

Proteínas: 32 g (19%)

Hidratos de carbono: 93 g (56%)

Grasas totales: 19 g (25%)

Saturadas: 4 g (4%)

Monoinsaturados: 11 g (15%)

Poliinsaturados: 2 g (3%)

Colesterol: 76 mg

Fibra: 18 g

Sodio: 277 mg

Pollo a las hierbas estivales con pisto

Ingredientes

350 g de pechuga de pollo sin piel en tiras gruesas, 2 cebolletas sin tallo, 2 cucharadas de hierbas frescas troceadas (perejil, tomillo, albahaca y estragón), 2 cucharadas de zumo de limón, 1 diente de ajo troceado, 1 cucharada de aceite de oliva y pimienta negra recién molida.

Para el pisto: 1 berenjena en rodajas finas, 1 calabacín pequeño en rodajas finas, 2 tomates en trozos, 3 cucharadas de aceite de oliva, 1 diente de ajo, 2 cucharadas de perejil fresco picado y pimienta negra molida

Preparación

Calentar el aceite en una sartén, echar las tiras de pollo y dorarlas por ambos lados. Reducir el fuego y añadir las cebolletas, las hierbas variadas, el zumo de limón y la pimienta y tapar la sartén. Cocer a fuego suave durante unos 10 minutos, removiendo de vez en cuando hasta que el pollo esté hecho del todo. Para el pisto: calentar el aceite en una cacerola, echar las verduras y el ajo troceados y cocer a fuego lento unos 10 minutos, hasta que todo empiece a estar tierno. Añadir los tomates y remover para mezclarlos con los demás ingredientes. Sazonar con el perejil y la pimienta. Tapar la cacerola y dejar cocer 15 minutos a fuego suave hasta que todo esté bien mezclado, removiendo de vez en cuando. Servir el pollo con el pisto de guarnición.

Utensilios

Sartén y cacerola



Copa de frutas

Ingredientes

200 g de pulpa de sandía, 200 g de melocotones, 200 g de frambuesas, 200 g de plátano, 200 g de kiwis, 200 g de fresas y el zumo de 4 naranjas



Preparación

Lavar los fresones y cortarlos por la mitad o en cuartos, en función de su tamaño. Formar bolas con la pulpa de la sandía. Pelar los melocotones y los kiwis y cortarlos en gajos finos. Pelar el plátano y cortarlo en rodajas finas. Colocar en el fondo de las copas una capa de bolas de sandía y, encima, plátano, melocotón, frambuesas y kiwi hasta terminar con fresones. Exprimir las naranjas y regar las copas con el zumo. Guardar en la nevera durante 1 hora antes de servir.

Utensilios

Cuchara vaciadora

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

Raquel Arroyo Olivares y María Garriga
(Dietistas-Nutricionistas)
Fundación Hipercolesterolemia Familiar

Cartas a la FHF

Os animamos a que nos hagáis llegar vuestras opiniones, sugerencias o simplemente desahogos. Este Boletín es de todos y quiere ser un lugar de encuentro. Esperamos vuestras cartas y correos electrónicos.

Problemas con la aportación reducida en Burgos

Me dirijo una vez más a ustedes para que me informen sobre el tratamiento de la hipercolesterolemia familiar (HF), porque aunque mi esposo Gregorio tiene el estudio genético de HF positivo —se lo hicieron ustedes hace años, cuando acudimos con nuestros hijos a la jornada que ustedes realizaron en Zael (Burgos)— nos extraña que en Aranda de Duero nos digan los médicos que no saben nada sobre este tema. Nosotros leemos en el Boletín de la Fundación que existe una aportación reducida para las personas que como mi marido tienen el colesterol de origen genético. Gregorio ha estado ingresado el año pasado en el hospital porque le dio un infarto y tuvieron que ponerle dos bypass. Siempre ha llevado tratamiento, aunque se lo han ido cambiando. Actualmente toma Inegy (simvastatina+ezetimiba). Seguir el tratamiento es caro y lamentablemente lo hemos venido pagando desde hace años, pero si efectivamente tenemos derecho a la reducción, queremos hacer todo lo que sea necesario para conseguirla. Sabemos que los hermanos de mi esposo que residen en Madrid se benefician de la reducción desde hace tiempo. ¿Qué debemos hacer para que también nosotros podamos beneficiarnos de ella?

Ana de Casado

Aranda de Duero (Burgos)

Lamentamos enormemente que Gregorio aún siga pagando el tratamiento de la HF, y también que aún existan áreas asistenciales desinformadas. Sabemos que en la comunidad de Castilla y León se está haciendo un esfuerzo importante en favor del tratamiento de la HF, promoviendo la formación a los profesionales sanitarios tanto en la atención primaria como en la especializada, pero también es cierto, que to-

avía seguimos recibiendo testimonios de familias que como usted no reciben la aportación reducida al tratamiento. Y lo que deben hacer es presentar en el centro en el que se lo deniega la información que yo le indico que está a disposición de todos los usuarios en la página web de la Fundación: www.colesterolfamiliar.com, en el índice de la portada bajo el título "Aportación reducida" en donde aparece el siguiente texto: "La aportación reducida para el tratamiento de la Hipercolesterolemia Familiar (HF) se aplica en todo el país, y así se estipula en el Real Decreto 1348/2003 de 31 de octubre, que entra en vigor en enero de 2004. La ezetimiba (Ezetrol) queda regulada en el anexo III del Real Decreto 1348/2003, desde el 16 de mayo de 2009." Y en enero de 2011 también se ha otorgado la aportación reducida a la asociación de simvastatina+ezetimiba.

Agradecimiento desde Cáceres

Los abajo firmantes, manifestamos nuestro agradecimiento a la Fundación por la información que nos dieron sobre la aportación reducida al tratamiento de la HF cuando nos invitaron a participar en la jornada de HF que tuvo lugar en el Hospital de San Pedro de Alcántara, de Cáceres, los días 12 y 13 de marzo, a la que asistimos junto con otras familias. Al principio, todos creíamos que éramos los únicos que pagábamos el tratamiento indebidamente, pero como pudimos comprobar mientras nos realizamos las pruebas, había otras familias en igual situación. A todos nos ha extrañado que en los centros de salud los médicos no estén lo suficientemente informados; sin embargo, ahora que sabemos los pasos a seguir, queremos llegar hasta el final. Y esperamos que con los documentos que la Fundación y el especialista del Hospital de San Pedro nos emitieron, acreditando que presentamos HF, lo consigamos. Esperamos que

pronto tengamos respuesta de la consejería de Sanidad en Mérida sobre el listado que ustedes les enviaron solicitando dicha aportación para todos los casos que cumplían los debidos criterios de HF. Nosotros, los abajo firmantes, a fecha de 30 de marzo aún no hemos recibido ninguna noticia.

Francisco Javier Aliseda López, M.ª José Aliseda López, Pedro Barroso Bicho, Francisca Fernández Román, Claudio Tomas Jorna Padilla, Corina Meynier Vicente, Diego Pino Fabregat, M.ª Isabel Pino Fabregat, Alfonso Ramirez Pino, M.ª Angeles Ramirez Villar, M.ª del Mar Román González y Juan Luis Sánchez Mayoral

Badajoz, Miajadas, Brozas, Arroyo de la Luz, Puebla de Obando (Cáceres y Badajoz)

Todavía no se ha recibido respuesta de la consejería de Sanidad, es probable que la información llegue a la Unidad de Lípidos del Hospital de San Pedro de Alcántara que es desde donde se envió el listado. Suponemos que no habrá ningún problema a la hora de reconocer un derecho, del que ustedes, por falta de información en los centros sanitarios, no pueden beneficiarse, si bien es cierto que los trámites administrativos llevan su tiempo.

En Asturias sigue el caos

Quería comentarles el procedimiento tedioso que tenemos que seguir en Asturias para poder cobrar la aportación reducida de los medicamentos a los pacientes de HF. Mi hijo y yo tenemos que tomar esta medicación de por vida y la compramos cada tres meses, teniendo 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 poder cobrarlos después de seis meses. La última vez pre-





senté 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 3 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 seguir esta sugerencia a quien proceda. Muchas gracias.

**M.ª del Mar González Castañón
Pablo Menéndez González**

Oviedo

Aunque esta carta ha sido publicada en el boletín anterior, se ha repetido por las diversas respuestas que nos han llegado de las personas que al igual que M.ª del Mar no entienden los caminos burocráticos que deben emprender, ni el costo que les supone a ellos y a la empresa la solicitud de permisos laborales para tramitar una y otra vez el reintegro de gastos a la administración sanitaria.

Apoyo absoluto a la carta de M.ª del Mar González Castañón de la última revista. Estoy en el mismo caso que esta señora. Tardan cuando menos cuatro meses en abonarme los pagos y quiero darles todo mi apoyo para poder agilizar los trámites del papeleo y agilizar el cobro.

M.ª Ángeles Álvarez Fanjul
Avilés (Asturias)

Soy M.ª Isabel Fernández Domínguez y resido en Piñera de Abajo (Asturias). En el año 2005 me hacen la prueba genética en el hospital de Mieres y el resultado es positivo. El endocrinólogo me habla de la aportación reducida al tratamiento y empiezo con los trámites para solicitarla en el 2006. El tratamiento que sigo es ezetimiba (Ezetrol) y Zarator 40. Una vez realizados los trámites los presento, siguiendo unos procedimientos que aburrían, pero yo que trabajo en el campo duramente y ando justa, hice todo para asegurarme de que me beneficiaría. Sin embargo, pasaba el tiempo y no tenía respuesta, fui al inspector pero nadie sabía nada, hasta que me llegó una carta de fecha de 18 de marzo de 2008 en la que me dicen textualmente: "No procede abono al-

guno por la adquisición de Ezetrol puesto que este producto no forma parte del grupo de fármacos sometido a régimen de especial aportación". Firmado: M.ª Luisa Sánchez Núñez / Servicio de Salud del Principado de Asturias".

M.ª Isabel Fernández Domínguez
Piñera de Abajo (Asturias)

Vivo en Campomanes (Asturias) tengo 40 años y presento HF al igual que mi prima Isabel Fernández Domínguez y todos nuestros familiares, pero no tenemos aportación reducida. Todos pagamos el tratamiento, y los médicos de estas zonas rurales no conocen tal reducción. Me gustaría que publiquen estas líneas para que la información sobre este tema llegue a todos los centros asistenciales de salud.

Julio Domínguez Gómez, Eva M.ª Fernández Rodríguez y M.ª África Fernández Rodríguez, de Campomanes, Logrezaña y Candás (Asturias)

Son muchas las cartas que venimos recibiendo y publicando en las diferentes ediciones de este Boletín, de numerosas familias que siguen sin beneficiarse de la aportación reducida al tratamiento de la HF por falta de información en las áreas de salud. Han pasado siete años desde que entrara en vigor el Real Decreto que lo regula, y cuesta entender que todavía haya tantas lagunas informativas. La Fundación hará llegar todos estos testimonios a las autoridades competentes para que traten de mejorar los canales informativos, así como la coordinación de la información en los centros de salud, que sin duda alguna redundará en una mejor salud cardiovascular de esta población. Por otra parte, deberían ser suficientes los testimonios de este boletín para que la administración sanitaria busque otro procedimiento que no sea el reembolso de gastos. Con ello, no solo se evitaría la pérdida de tiempo, que es un recurso importante, sino también la interrupción del tratamiento en aquellas familias que con escasos recursos no pueden adelantar el coste inicial. Respecto al Ezetrol (ezetimiba) es cierto que no se incluye en el Real Decreto, como puede verse en la respuesta correspondiente a la primera carta. Sin embargo, M.ª Ángeles, usted y todas las personas que

aún no reciben el Ezetrol con aportación reducida deben saber que ya han pasado dos años desde que tienen derecho a obtenerlo de igual forma que el resto de estatinas.

El colesterol y los huevos

En la mayoría de las recomendaciones para controlar el colesterol elevado observo que se restringe el consumo de huevos. ¿Es cierto que hay que consumir menos de tres huevos a la semana? ¿Hay diferencias si los niveles de colesterol son normales o están elevados?

Jorge López
Madrid

Los niveles elevados de colesterol en sangre son un conocido factor de riesgo de enfermedades coronarias y cerebrovasculares. Esto ha dado lugar a que se piense que la yema del huevo, rica en colesterol (unos 225 miligramos en un huevo de tamaño medio), puede ser mala para el corazón. Sin embargo, más del 70 por ciento del colesterol de nuestro organismo lo producimos nosotros mismos y el que está presente en la dieta generalmente tiene un efecto muy reducido en el nivel que tenemos en sangre. Además, conviene saber que el organismo humano tiene un límite de absorción y solo absorbe entre un 30 y un 50 por ciento del colesterol que ingerimos a través de los alimentos. Aunque ciertas personas puedan ser sensibles al colesterol que proviene de la dieta, la grasa saturada tiene un efecto mucho mayor aumentando los niveles de colesterol en sangre, especialmente el colesterol-LDL o "malo", y los huevos contienen muy poca grasa saturada. La mayoría de los organismos y organizaciones sobre la salud y el corazón en España y en el resto del mundo ya no establecen un límite para el consumo del número de huevos, siempre que formen parte de una dieta general saludable y equilibrada con pocas grasas saturadas. Por tanto, su consumo está indicado en todas las edades, incluidos los niños y las personas mayores. En el caso de las personas con hipercolesterolemia se aconseja consumir hasta cuatro huevos completos a la semana y se puede aumentar el número de claras ya que el colesterol del huevo se encuentra en la yema. Los huevos tienen un elevado valor nutricional y en la yema predominan las grasas insaturadas sobre las saturadas.

¿Qué hace la Fundación Hipercolesterolemia Familiar?

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

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

¿Qué más puede hacer usted?

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

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

Socios protectores de la FHF



*Trabajando juntos
por un mundo más sano™*



Nuevo Centro Virtual de control del colesterol: una apuesta por la innovación

Ya está disponible el primer Centro Virtual del colesterol, un portal de referencia para el conocimiento, control y seguimiento de las hipercolesterolemias. 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 Taumaco, 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 (HFC), 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, 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.

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

www.centrovirtualcolesterol.org

Hágase socio

Les animamos a que cumplimenten la inscripción de socio. Ya saben que con su aportación, además de ayudar al desarrollo de los objetivos de la Fundación HF, pueden beneficiarse de un 35 por ciento de desgravación fiscal.

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.