

En este número...

La crisis, otro motivo para la
prevención sanitaria2

Los europeos, a favor del gasto
en salud pública3

Logroño y Gijón, nuevas ciudades
en el estudio de seguimiento de
familias con HF4 y 5

La salud cardiovascular en España
necesita mejorar6

El estudio de seguimiento de
familias con HF supera las
3.000 personas7

La estrategia NAOS no redujo
la obesidad infantil8

El consumo de ácidos grasos
omega-3 previene la
degeneración macular9

Las mujeres fumadoras tienen
mayor riesgo cardiovascular
que los hombres10

Noticias11

Recetas de verano12

Cartas de los lectores13 y 14

Qué hace la Fundación15

Fundación Hipercolesterolemia Familiar

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

Tlfs.: 915042206/915570071 Fax: 915042206

Web: www.colesterolfamilia.com

e-mail: info@colesterolfamilia.com

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



Contra la crisis, más prevención

Las dificultades que muestran las autoridades sanitarias, estatales y de comunidades autónomas, a la hora de cuadrar las cuentas de la sanidad pública revelan la importancia de la prevención. El envejecimiento de la población, los costes tecnológicos y el gasto en farmacia hacen que los presupuestos se disparen. Ante esta situación, son muchas las maneras posibles de racionalizar el gasto, pero hay una no suficientemente explorada: la prevención.

Desde este boletín, la Fundación Hipercolesterolemia Familiar lleva años clamando por la implantación de un plan de detección genética de la hipercolesterolemia familiar (HF) a nivel nacional. Hay muchas razones para hacerlo, pero hay una que en estos momentos adquiere una importancia especial: es más económico prevenir episodios cardiovasculares identificando la población de riesgo, que intervenir *a posteriori*. Las hiperlipemias, además, no paran de crecer, y no solo las familiares: la mitad de la población española mayor de 18 años tiene el colesterol elevado y la mitad de ese porcentaje lo desconoce, según revela el Estudio Enrica (Estudio de Nutrición y Riesgo Cardiovascular en España) cuyas primeras conclusiones se han conocido recientemente (ver página 6 de este boletín).

Afortunadamente, hay signos esperanzadores, como el anuncio por parte de las autoridades sanitarias vascas de la puesta en práctica en el último trimestre del año de "un cribado selectivo mediante un test genético de la población con riesgo de sufrir una hipercolesterolemia familiar (HF), con el fin de disponer de un diagnóstico precoz y, en consecuencia, facilitarles un tratamiento y aconsejarles cambios en su estilo de vida" (página 3). Y en la investigación tampoco faltan buenas noticias, como la presentación de un nuevo fármaco en el congreso anual de la Sociedad Europea de Aterosclerosis (EAS), específicamente diseñado para la HF severa (página 11).

Pero, mientras la investigación farmacológica sigue dando pasos adelante, y mientras la prensa nos abruma a diario con la que está cayendo, un criterio parece claro: contra la crisis, más prevención.



La crisis, otro motivo para la **prevención** sanitaria

La persistencia de la crisis económica está poniendo en serios apuros al estado del bienestar. Además de la crisis económica, el envejecimiento de la población, el aumento en los costes de las nuevas tecnologías y el fracaso de una eficaz política de medicina preventiva han llevado al Sistema Nacional de Salud (SNS) a una grave situación. Según economistas de la salud como Guillem López Casasnovas, de la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona, para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario en la coyuntura actual es necesario intervenir en la oferta de servicios y priorizar las prestaciones públicas más coste-efectivas, las que más salud y bienestar han demostrado ofrecer a la población.

En este boletín ilustramos las carencias de nuestro sistema sanitario en materia de prevención. Y cómo una falta de conocimiento del riesgo que tiene la hipercolesterolemia familiar (HF) puede llevar a una persona joven a presentar una enfermedad coronaria que ha puesto en peligro su vida, a pesar de los antecedentes familiares de infartos de miocardio precoces. En el caso del que nos ocupamos en la columna de al lado, el de Rosario Pérez Yagües, de momento se ha solucionado el problema de la obstrucción coronaria, aunque a costa del deterioro de la calidad de vida para la persona afectada, un coste económico importante para el sistema sanitario con el uso de las nuevas tecnologías de revascularización coronaria y un mayor uso de medicamentos. Todo lo mencionado, que

ocurre con muchas personas con HF, se podría evitar con una adecuada planificación sanitaria.

La detección precoz de las personas y familias con HF debería ser un tema prioritario de salud pública y un excelente modelo de medicina preventiva para evitar la enfermedad

La detección precoz de las personas y familias con HF debería ser un tema prioritario de salud pública y un excelente modelo de medicina preventiva para evitar la enfermedad coronaria en edades jóvenes

coronaria en edades jóvenes. Con cambios en los estilos de vida y una adecuada medicación, las personas con HF pueden reducir el riesgo de desarrollar una enfermedad cardiovascular y además de lograr un ahorro en costes personales y sanitarios, estas personas tendrán una mejor calidad de vida. Esperemos que estos tiempos de crisis sirvan para que la sanidad ocupe un lugar prioritario en la agenda política y que la tramitación de la nueva ley de salud pública sitúe a la prevención en el centro del sistema sanitario.

Personaje



Rosario Pérez Yagües

46 años
Orihuela (Alicante)

Rosario presentó la primera angina de pecho a los 41 años y un año después, le colocaron el primer *stent* (dispositivo para abrir la arteria coronaria obstruida) y le aumentaron el tratamiento para reducir el colesterol (Atorvastatina y Ezetrol). A la vez le añadieron nueva medicación con Plavix, Adiro y Tenormin. Hace un año, presentó de nuevo una angina y le colocaron un segundo *stent* en la misma arteria. Por la rama paterna (su padre tenía elevado el colesterol) la mayoría de sus tíos presentan hipercolesterolemia y en sus antecesores al menos cuatro fallecieron de infarto de miocardio antes de los 50 años.

Rosario recuerda que tiene el colesterol elevado (más de 320 mg/dl) desde los 12 años. Pero los médicos no lo dieron importancia y no comenzó el tratamiento hasta los 29 años. A partir de los 37, empezó a notar un mayor cansancio y comenzó un peregrinaje por diversos médicos que lo relacionaron con ansiedad. Hasta que cuatro años después, y a raíz de su primera angina, se demostró que el problema estaba en la obstrucción de sus arterias coronarias debido a la hipercolesterolemia familiar (HF). Tiene dos hijos y uno tiene hipercolesterolemia y está en tratamiento desde los 15 años. También una de sus dos hermanas de 36 años tiene hipercolesterolemia y tampoco los médicos habían prestado demasiada importancia pese a sus antecedentes, aunque desde hace un año ya sigue tratamiento farmacológico.

Rosario, que participa en el estudio de seguimiento de familias, trabaja en un hospital y nos recuerda que nunca ha fumado, que realiza una dieta saludable y hace ejercicio físico regularmente. Ahora se encuentra más animada y dice que va a comenzar a realizar baile de salón. Espera que su caso sirva como ejemplo para concienciar a las autoridades sanitarias y a los médicos de la importancia del diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado de la HF.

Los europeos, a favor del gasto en salud pública

La prevención de las enfermedades sigue siendo la gran asignatura pendiente de los sistemas sanitarios y de las políticas de salud. Y precisamente en tiempos de crisis económica es cuando más importante resulta la inversión en programas de prevención.

Los resultados del Eurobarómetro demuestran la disparidad entre lo que quieren los ciudadanos y lo que Europa les ofrece. El 36 por ciento de los ciudadanos de la Unión Europea cree que la salud pública debería ser la principal o una de las primeras partidas de gasto dentro de los presupuestos para la Europa de los 27. Sin embargo, el proyecto presupuestario para los próximos ocho años (denominado Europa 2020) contempla en este campo un gasto de 396 millones de euros, un 0,03 por ciento del presupuesto total, que supera el billón de euros. En este sentido, solo el 11 por ciento de los encuestados cree que se invierte lo suficiente en salud pública. Los ciudadanos más preocupados por esta falta de inversión son los chipriotas, los austriacos y los británicos con un porcentaje superior al 40 por ciento. España está en la media del 36 por ciento. En conjunto, los europeos donde más quieren que se invierta, además de en salud pública, es en ayudas sociales, empleo, desarrollo económico y educación.

En España existen errores en la coordinación y falta de cohesión en el sistema nacional de salud. Para evitar estos errores se necesita un pacto sanitario que garantice la equidad, la calidad, la oferta uniforme de las prestaciones, y para que se coordinen programas preventivos y de promoción de la salud para todos los españoles. La nueva ley de salud pública que debe tramitarse en el senado en el

El País Vasco pondrá en marcha en el último trimestre del año un cribado selectivo mediante un test genético de la población con riesgo de sufrir una HF

mes de septiembre debe servir para aumentar la protección de los ciudadanos y mejorar su calidad de vida. La norma tiene como objetivo prioritario favorecer la coordinación entre las comunidades autónomas, así como fomentar la equidad asistencial en el sistema nacional de salud y situar a la prevención como punto central. También contempla los cribados de poblaciones para prevenir determinadas enfermedades.

Test genético en el País Vasco

El consejero de sanidad del País Vasco, Rafael Bengoa, anunció en el parlamento vasco el pasado mes de junio que el servicio vasco de salud pondrá en marcha en el último trimestre del año "un cribado selectivo mediante un test genético de la población con riesgo de sufrir una hipercolesterolemia familiar (HF), con el fin de disponer de un diagnóstico precoz y, en

Esperamos que en la próxima legislatura se pueda poner en marcha una estrategia nacional de detección de familias con HF

consecuencia, facilitarles un tratamiento y aconsejarles cambios en su estilo de vida". Desde la Fundación Hipercolesterolemia Familiar damos la bienvenida a esta iniciativa que ya se está llevando a cabo en algunas comunidades. Y esperamos que en la próxima legislatura se impulse una estrategia nacional para la detección genética precoz de las personas con HF, para de esta forma evitar que cada comunidad autónoma actúe de forma diferente, lo que genera distorsiones y produce inequidades entre los propios familiares, que según la comunidad de residencia pueden verse privados del derecho a la aportación reducida al tratamiento crónico que necesitan para prevenir la enfermedad cardiovascular.

La HF es un problema de salud pública que afecta a las personas desde el nacimiento por lo que su diagnóstico y tratamiento debe ser prioritario para el sistema de salud. Desde la Fundación HF, como así lo hemos reflejado en anteriores boletines, venimos transmitiendo a las comunidades y al ministerio de sanidad la necesidad de impulsar una estrategia nacional de detección precoz de la HF que, además de corregir las desigualdades sanitarias en las familias que la padecen, puede servir como un modelo de medicina preventiva en la enfermedad cardiovascular. La detección de familias mediante el diagnóstico genético en cada familia es una medida fácil y muy coste-eficaz como se demuestra con las jornadas de detección llevadas a cabo por la Fundación y los profesionales sanitarios en distintos hospitales de la mayoría de las comunidades autónomas. Esperamos que en la próxima legislatura se pueda poner en marcha la estrategia que proponemos.

Logroño y Gijón, **nuevas plazas** en el estudio de seguimiento de la HF

El Estudio de seguimiento de familias con hipercolesterolemia familiar (HF), o Estudio Cohorte, continúa avanzando. Esta vez le ha tocado a Logroño y Gijón, donde ha habido una notable asistencia de familiares que querían saber si también ellos, como algunos de sus familiares, padecían HF.

En Logroño, 114 personas fueron estudiadas a lo largo del fin de semana del 7 y 8 de mayo en la Unidad de lípidos del Hospital de San Pedro, dirigida por el doctor Ángel Brea y de la que también forma parte el doctor Daniel Mosquera.

Desde la Fundación, en colaboración con la Unidad de lípidos riojana, se citó a los familiares de aquellos casos con diagnóstico genético positivo de HF. La participación fue muy alta. Y la distancia de más de cien kilómetros en algunos casos nos les impidió asistir a la cita que comenzaba a las 8:30 de la mañana para formar parte de este estudio. La situación geográfica de Logroño también facilitó el acceso a familiares que acudieron desde sus lugares de residencia en Álava, Bilbao, Navarra, Burgos y Zaragoza.

En total, se estudiaron 120 casos en la ciudad asturiana y 114 en la riojana

Fue muy agradable observar de nuevo la alegría de los familiares por volver a encontrarse, comprobar lo "crecidos" que estaban los más pequeños y por tener la ocasión de celebrar juntos una comida familiar. También fue muy gratificante comprobar las muestras de cariño de algunos pacientes hacia los médicos de la Unidad, que como en el caso de la familia García Díaz, esperó su tiempo hasta que el doctor Ángel Brea terminó con el último paciente para poder presentarle a uno de sus familiares que había venido de Burgos para participar con ellos en estas jornadas.

Jornada en Gijón

Después de haber estado hace dos años en el Hospital Central de Asturias, en Oviedo, ahora le tocaba el turno al Hospital de Cabueñes, de Gijón. Allí los días 11 y 12 de junio tuvo lugar la segunda jornada de identificación genética de nue-



vos casos de HF en la comunidad de Asturias. La doctora Carmen Tusón, responsable del servicio de Endocrinología del centro, junto con el equipo de la Fundación, facilitaron a las familias de Gijón, Mieres y Langreo la posibilidad de acudir a la jornada en la que se estudiaron 114 adultos y 6 niños.

En tiempos de crisis, y como sigue habiendo casos que no reciben la aportación reducida, hay familias que interrumpen el tratamiento

Como algunas familias comentaban, “el diagnóstico genético es esencial para avanzar en el conocimiento de esta enfermedad”, y efectivamente esta es la idea que mueve a la Fundación a poner en marcha el Estudio de seguimiento de familias, que ya cuenta con más de tres mil casos. Sin embargo, desde el momento en que se producen los primeros contactos con las familias y durante el período informativo, es quizás cuando más preguntas surgen y más se profundiza sobre todo lo que tiene que ver con la HF. Y es que poco a poco el clima de confianza da paso a todo lo que nos preocupa sobre esta enfermedad silenciosa, que no avisa, y que muchas de las familias estudiadas conocen bien, después de haber sufrido las consecuencias de la enfermedad coronaria.

A pesar del tiempo transcurrido desde que se aprobó la aportación reducida para los medicamentos reductores del colesterol en los pacientes con HF, siguen existiendo familias que no reciben la mencionada aportación. En tiempos de crisis este hecho tiene una grave repercusión en el control del colesterol de estas personas, ya que algunas de ellas interrumpen el tratamiento y por tanto son más vulnerables a presentar un episodio cardiovascular.



La salud cardiovascular en España necesita mejorar

La mitad de la población adulta española tiene el colesterol elevado

La mitad de la población española mayor de 18 años tiene el colesterol elevado (por encima de 200 mg/dl) y la mitad de ese porcentaje lo desconoce. Esta es la conclusión más sorprendente del Estudio Enrica (Estudio de Nutrición y Riesgo Cardiovascular en España), que incluye examen físico y muestras biológicas de 12.000 adultos. Además, el trabajo arroja otros datos preocupantes como que el 62 por ciento tiene sobrepeso, el 28 por ciento fuma y un 33 por ciento son hipertensos. Estos datos pueden conducir a un aumento importante del riesgo cardiovascular.

El trabajo presentado el pasado mes de julio cuenta con el apoyo del Ministerio de Sanidad a través de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, la Universidad Autónoma de Madrid y el Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña. Hasta la fecha, el

colesterol elevado lo presentaba un 20-30 por ciento de la población española adulta. Se considera que el cambio en los hábitos dietéticos con un aumento en el consumo de productos grasos y un mayor sedentarismo son los responsables de este aumento en las cifras de colesterol. Así, ha aumentado el consumo de grasas saturadas y ha disminuido el consumo de hidratos de carbono complejos como las frutas, verduras y hortalizas.

Para prevenir esta epidemia la solución planteada por los investigadores pasa por centrarse en la educación del colectivo infantil ya que el sobrepeso y la obesidad suele comenzar en edades tempranas. Por otra parte, los hábitos de alimentación saludables se adquieren en la infancia. También hay que actuar en los grupos más vulnerables, como la población con escasos recursos económicos y educativos.

El colesterol rampante

- Uno de cada dos españoles tiene el colesterol elevado y solo el 10 por ciento tiene un adecuado control.
- El 62% tiene exceso de peso (el 39% tiene sobrepeso y el 23% es obeso).
- El 28% fuma.
- El 33% tiene hipertensión arterial.
- El 7% presenta diabetes *mellitus* tipo 2.
- De media se dedican 14 horas semanales a ver la televisión y otras 15 horas a actividades que implican estar sentados.
- Hay un mayor consumo de grasas saturadas y menor consumo de hidratos de carbono complejos de lo recomendado.

Comer fuera de casa fomenta los malos hábitos nutritivos

Comer fuera de casa es un hábito cada vez más común entre los españoles, entre los que un 88 por ciento elige hacerlo en un restaurante, una cifra superior a la media europea, que se encuentra en un 67 por ciento, y que prefieren llevar comida de casa. Así se desprende del proyecto Food, patrocinado por la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición.

El proyecto estudia de qué manera se pueden mejorar los hábitos alimentarios de los empleados que acostumbran a comer en

restaurantes. La presencia de sobrepeso es muy alta en España y en general se debe a malos hábitos alimentarios. Para disminuir estas cifras es necesario reducir el consumo de grasa y carnes, así como aumentar el de vegetales y cereales.

Para más información ver en www.centrovirtualcolesterol.org la Guía para controlar su colesterol de la Fundación Hipercolesterolemia Familiar, en su apartado "Comer fuera de casa de forma saludable" (páginas 48-49).



El estudio de seguimiento de familias con HF supera las 3.000 personas

Ya son 3.014 las personas incluidas en el Estudio de seguimiento de familias con hipercolesterolemia familiar (HF), pertenecientes a 514 familias de toda España. El estudio comenzó en el 2004 y en los últimos dos años se han reclutado aproximadamente la mitad de los casos, lo que permitirá a este ritmo que en el 2012 se hayan incluido las 3.500 personas que serán seguidas durante un largo periodo de tiempo.

La finalidad del estudio es conocer por una parte la incidencia de la enfermedad cardiovascular en una población con HF mayoritariamente tratada, y por otra analizar el papel de los distintos factores de riesgo cardiovascular y su modificación en la evolución de la enfermedad cardiovascular. Para esto, se incluyen los familiares afectados de HF y aquellos no afectados (tienen mutación negativa para HF) que corresponden al grupo de control. Al pertenecer al mismo grupo familiar, esto permitirá disponer de una información muy valiosa relacionada con la interacción de los distintos genes y de factores ambientales

como la dieta y el tabaco en el desarrollo de la enfermedad cardiovascular.

La inclusión de casos ha sido posible gracias a las jornadas de detección que se han llevado a cabo, con una participación entusiasta por parte de las familias. Esto ha permitido que en cada una de estas acciones realizadas en un fin de semana, más de 100 personas puedan ser incluidas y diagnosticadas de HF, mejorando así su expectativa de un mejor tratamiento y una mejor prevención de la enfermedad cardiovascular. Para poder cumplir los objetivos, el seguimiento es fundamental. Así, además de las visitas presenciales en las distintas clínicas de lípidos que colaboran en el proyecto, se realizan desde la Fundación Hipercolesterolemia Familiar llamadas telefónicas de seguimiento siguiendo un protocolo estandarizado, y también se ha creado una página web donde se cumplimenta directamente el cuestionario de alimentación y los otros cuestionarios clínicos que se realizan en las distintas visitas.

Recientemente, se han publicado los resultados de las características basales de 1.825 casos de 18 a 79 años incluidos en la cohorte que se muestran en la tabla adjunta. Este estudio demuestra la importancia de la cascada genética familiar para confirmar o descartar el diagnóstico de HF en los familiares de un caso índice diagnosticado previamente. Además, el estudio pone en evidencia que todavía un 28 por ciento de pacientes continúa fumando a pesar de su riesgo cardiovascular. Estos datos plantean la importancia en las estrategias de prevención de fomentar la supresión del tabaco. Por último y a pesar de que la mayoría de los pacientes están recibiendo tratamiento a la inclusión del estudio, menos del 5 por ciento tienen el colesterol LDL en objetivo óptimo (< 100 mg/dl). Este porcentaje podrá aumentar en el futuro si se utilizan estatinas potentes y tratamiento combinado para reducir el colesterol. Para esto es fundamental la formación de los médicos de atención primaria ya que es a este nivel donde la mayoría de los casos son tratados.

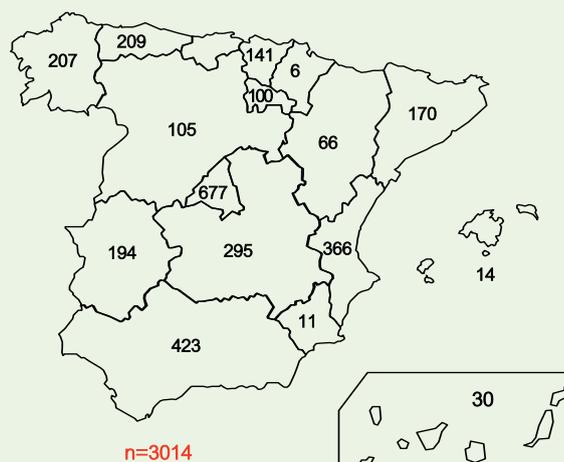
Características de la cohorte española de HF

Edad media	45 años
Mujeres	53%
Varones	47%
Historia enfermedad CV	14%
Tratamiento previo	83%
Fumador actual	28%
Colesterol total	254 mg/dl
C-LDL	187 mg/dl
C-LDL < 100 mg/dl	3,4%

Fuente: *Lipids in Health and Disease* (2011;10:94)

Casos incluidos en el estudio de seguimiento de familias con HF

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



La estrategia **NAOS** no redujo la obesidad infantil

Las tasas de sobrepeso y de obesidad en niños españoles apenas han cambiado en los últimos diez años. Esta es la principal conclusión de un informe presentado por la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. La estrategia NAOS dirigida por el Ministerio de Sanidad para promover una alimentación adecuada y evitar la obesidad no ha sido un fracaso, según los expertos, porque ha conseguido frenar el avance previsto en la epidemia de sobrepeso, pero tampoco ha conseguido revertir la situación existente. El sobrepeso sigue afectando al 14 por ciento de los niños y la obesidad al 18 por ciento. Los expertos opinan que su labor está siendo correcta, pero que es

preciso un cambio cultural que transcende al consejo médico.

Sin embargo, el informe ha puesto sobre la mesa otros motivos de preocupación. Los resultados del estudio reflejan que el sobrepeso y la obesidad



siguen estando muy relacionados con el entorno socioeconómico familiar. Así, los menores cuyos padres tienen solo estudios secundarios y los de ingresos más bajos presentan mayores tasas de sobrepeso y obesidad. Otro resultado interesante es que los niños que comen en el comedor escolar tienen menos sobrepeso y obesidad que los que lo hacen en casa, pese a que las acciones encaminadas a mejorar la alimentación en los comedores escolares son recientes. Por tanto, para luchar contra la epidemia de obesidad infantil se necesita un cambio cultural que requiere tiempo y con un problema económico añadido que no es fácil resolver: la comida basura es más barata.

Levantarse y caminar de vez en cuando es bueno para el corazón

Es un hecho conocido que estar sentado durante horas en el trabajo o en casa no es beneficioso para la salud. Sin embargo, un estudio sugiere que si durante estas horas se aumenta el número de descansos para estirar las piernas se puede conseguir un beneficio para el corazón y a la vez puede mejorar la circunferencia de la cintura. Científicos australianos analizaron los datos de más de 4.700 voluntarios mayores de 20 años que llevaron durante siete días un dispositivo para analizar su actividad. Se midió la circunferencia de la cintura, la presión arterial, la glucemia y el colesterol y los triglicéridos entre otros parámetros. Las personas que

realizaban un mayor número de pausas (se levantaban más veces) presentaron una reducción de 4,1 cm en su circunferencia de la cintura y mejoraron otros parámetros metabólicos.

El estudio quiere llamar la atención sobre el sedentarismo como factor de riesgo. Cambios pequeños como caminar durante unos minutos de vez en cuando, ponerse de pie para hablar por teléfono o utilizar las escaleras a menudo en lugar del ascensor pueden reducir el riesgo cardiovascular y son cambios que se adaptan fácilmente a la vida diaria.

European Heart Journal (2011)

Educar a los niños modifica los hábitos saludables en los padres

La educación de los niños puede modificar los hábitos de salud de los padres. Una investigación realizada en la Universidad de Sao Paulo de Brasil incluyó a 197 niños de edades comprendidas entre 6 y 10 años y a sus padres. Se hicieron dos grupos: en el de control, el colegio entregó a los niños material educativo sobre el riesgo cardiovascular, y en el de intervención, los niños participaron también en un programa dirigido a la prevención cardiovascular, en el que se incluía el asesoramiento de sus profesores. No se les dijo a los niños que tuvieran que modificar los hábitos de sus padres, solo se les educó en la realización de hábitos saludables en el núcleo familiar. Después de realizar el programa, un 91 por ciento de los padres del grupo de intervención redujeron su riesgo cardiovascular. Esta es la principal conclusión de un estudio presentado en el Congreso Anual de la Sociedad Europea de Cardiología, celebrado en París.

El consumo de ácidos grasos omega-3 previene la degeneración macular

La degeneración macular asociada a la edad (DMAE) es una de las causas principales de ceguera en los países desarrollados. En la actualidad se calcula que más del 10 por ciento de la población, especialmente los adultos mayores de 40 años, está afectada y un 1 por ciento de la población la presenta de forma grave. La mayoría de las personas afectadas tienen una pérdida de visión moderada o todavía conservan la visión, pero tienen un aumento del riesgo de progresión a DMAE avanzada con importante deterioro de la visión central. Este deterioro de la visión se debe a la afectación de la mácula, un área de la retina situada en la parte interna del ojo. En la actualidad las opciones de tratamiento son limitadas y por esto la identificación de medidas para prevenir o retrasar el desarrollo de la degeneración macular deberían tener una marcada relevancia en la salud pública.

Algunos ácidos grasos omega-3 como el docosahexaenoico (DHA) se encuentra en altas concentraciones en la retina y además de sus efectos antiinflamatorios, antiateroscleróticos y antitrombóticos sobre los

vasos sanguíneos pueden ayudar a mantener o mejorar el flujo sanguíneo en el ojo. Los ácidos grasos omega-3 se encuentran en el pescado y por tanto su ingesta puede ser modificada a través de la dieta. Algunas evidencias de estudios epidemiológicos



sugieren una asociación inversa entre el consumo regular en la dieta de ácidos omega-3 y el riesgo de DMAE.

Recientemente, científicos de la Universidad de Harvard, en Boston (Estados Unidos),

han mostrado nuevas evidencias sobre la ingesta de omega-3 y la reducción del riesgo de desarrollar degeneración macular asociada a la edad. Después de analizar a 38.022 mujeres con una edad media de 54 años durante un seguimiento de diez años

y sin degeneración macular al comienzo del estudio, comprobaron que aquéllas con un consumo regular de omega-3 (una o más raciones a la semana) comparadas con las que consumen una o menos de una ración al mes de pescados ricos en omega-3 tuvieron un 42 por ciento menos de riesgo de desarrollar la patología.

La DMAE puede agravarse por factores tales como el consumo de tabaco, una alimentación inadecuada o un estilo de vida poco saludable. Por tanto, para prevenir su aparición o detener su progresión se debe realizar

una dieta saludable rica en frutas y verduras, consumir pescado y ácidos grasos omega-3 y abandonar el tabaco si se fuma.

Archives of Ophthalmologic (2011)

Más efectos beneficiosos del consumo de omega-3

Los omega-3 son ácidos grasos esenciales y por tanto necesarios para un correcto funcionamiento de nuestro organismo. Los podemos dividir en dos grupos: de cadena corta y de cadena larga. A los de cadena larga, ácido eicosapentaenoico (EPA) y ácido docosahexaenoico (DHA) se les ha asociado con una reducción en el riesgo de la enfermedad cardiovascular (ataque cardíaco) y cerebrovascular (ictus). Esta protección cardiovascular se debe a sus efectos antiateroscleróticos, antitrom-

bóticos y antiinflamatorios. Otros beneficios descritos recientemente revelan que el consumo de omega-3 durante el embarazo mejora la capacidad cognitiva y visual del niño. La fuente más importante de omega-3 de cadena larga la encontramos en el pescado graso (azul) y también están presentes aunque en menor cantidad en el pescado blanco.

Debido a los efectos beneficiosos de los omega-3, la Organización Mundial de la Salud recomienda incorporar a la dieta

entre 200 y 500 mg diarios de ácidos grasos omega-3 de cadena larga para garantizar la salud cardiovascular y mejorar el desarrollo cerebral. Para conseguir un aporte adecuado de omega-3 debemos incluir en nuestra dieta la toma de pescado al menos dos veces por semana, uno de los cuales debe ser azul. También se puede suplementar la dieta con aceites de pescado que están disponibles en cápsulas o incorporados en determinados alimentos enriquecidos con omega-3.

Las mujeres fumadoras tienen más riesgo cardiovascular que los hombres

El consumo de tabaco en las mujeres está aumentando en algunos países y es un factor de riesgo para el corazón. Así, las mujeres que fuman tienen un riesgo un 25 por ciento mayor que los hombres con los mismos hábitos de tener una enfermedad coronaria (angina, infarto de miocardio, etc.). Esta es la conclusión de una investigación en la que se han manejado datos de 26 diferentes artículos científicos en los que estaban involucrados casi cuatro millones de personas. Los trabajos van desde 1966 hasta 2010, en algunos casos con un seguimiento de los pacientes de 40 años, lo que le da una gran relevancia.

La diferencia en el riesgo aumenta un 2 por ciento por año que pasa, lo que apunta a una base fisiológica ligada al sexo, indican los investigadores. "Por ejemplo, las mujeres pueden extraer una mayor cantidad de carcinógenos y otros agentes tóxicos del mismo número de cigarrillos que los hombres". Este hecho podría explicar por qué las

mujeres que fuman tienen el doble de riesgo de sufrir un cáncer de pulmón que los varones, según indican los investigadores. Por tanto, en los programas de control del tabaco se debe tener en cuenta a las mujeres, especialmente en aquellos países donde está aumentando el consumo de tabaco entre las mujeres jóvenes.

Con el foco puesto generalmente en el cáncer de pulmón, el daño cardiovascular es uno de los peligros del tabaco a los que se les presta



menos atención. Sin embargo, es importante como causa de infartos y otras dolencias cardiovasculares. De hecho, en los países donde primero se empezó a limitar el uso del tabaco, lo primero que se observó es que disminuían los enfermos del corazón. Ello se debe a que el daño es más rápido (no hacen falta tantos años como para que aparezca un cáncer). En cambio, tiene la ventaja de que cuando se deja de fumar, el daño cardíaco desaparece también más rápidamente. Si una persona que fumaba todavía tiene riesgo de padecer un cáncer asociado a los 20 años, en el caso de las enfermedades cardiovasculares el peligro se reduce a la mitad al año de dejar el tabaco y vuelve a niveles normales en unos cinco.

The Lancet (2011)

Fumar durante el embarazo disminuye el colesterol bueno (HDL) en los niños

Un estudio realizado en Australia en un grupo de 405 niños sanos de ocho años de edad, ha descubierto que las madres que fuman durante el embarazo causan cambios en el desarrollo de los futuros recién nacidos, que les conducen a tener niveles más bajos del colesterol HDL, conocido como bueno y que ayuda a proteger contra la enfermedad coronaria en la vida adulta. Aunque el fumar durante y después del embarazo está asociado a problemas de salud en la infancia, entre los que se incluyen trastornos cognitivos y de conducta y la muerte súbita infantil, no se conocía el efecto de la exposición prenatal al tabaco sobre el futuro riesgo cardiovascular. Y es importante señalar que la preva-

lencia del hábito de fumar durante el embarazo sigue siendo elevada, en torno al 15 por ciento en la mayoría de los países occidentales.

La investigación muestra que a la edad de ocho años, los niños nacidos de madres que fumaron mientras estaban embarazadas tenían un colesterol HDL un 12 por ciento inferior comparado con el que presentaban los niños nacidos de madres que no habían fumado. Los investigadores encontraron que este efecto fue independiente de si los niños habían estado expuestos después del nacimiento al humo del tabaco de otras personas, sugiriendo que la exposición

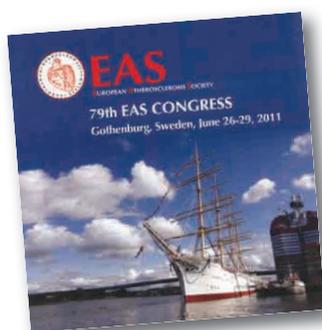
prenatal tenía el mayor impacto en el posterior desarrollo de los niños. Los investigadores sugieren que fumar durante el embarazo "deja una huella no saludable en determinadas características de los niños mientras se están desarrollando en el útero, que puede predisponerlos a un mayor riesgo cardiovascular en la vida adulta". Esta huella al menos dura ocho años (tiempo de observación del estudio), pero posiblemente sea más larga. Los niveles de colesterol tienden a mantenerse desde la infancia hasta la edad adulta y por tanto pueden aumentar el riesgo cardiovascular.

European Heart Journal (2011)

Noticias • Noticias • Noticias • Noticias

La Fundación, en el Congreso Europeo de Aterosclerosis

Del 26 al 29 de junio, se celebró en Gotemburgo el congreso anual de la Sociedad Europea de Aterosclerosis (EAS). Dentro de las numerosas actividades se realizó un simposium sobre "La hipercolesterolemia familiar (HF) severa, un trastorno genético que necesita tratamiento intenso". El doctor Rodrigo Alonso presentó los datos del Estudio de seguimiento de la cohorte española de HF (publicados en *Lipids in Health and Disease* (2011;10:94) y destacó la experiencia de la Fundación Hipercolesterolemia Familiar en el diagnóstico genético en cascada familiar, así como el programa de de-



tección genética en la comunidad de Castilla y León con la participación del médico de atención primaria. También señaló la importancia de la detección de los casos de HF severa, definida como aquella en la que a pesar del máximo tratamiento farmacológico combinado tolerado, las cifras de colesterol persisten muy elevadas, por lo que los pacientes son susceptibles de recibir otras opciones terapéuticas como la LDL-aféresis, con el fin de reducir su riesgo cardiovascular. En el simposium también se analizaron las actuales medidas de tratamiento así como las nuevas para los pacientes con HF severa.

Otro medicamento específico contra la HF

En el Congreso de la EAS se presentaron los datos de dos estudios controlados sobre un nuevo fármaco en fase experimental para el tratamiento de la HF severa. Mipomersen es el primer fármaco que inhibe la síntesis de la apo B y cuando se añade al tratamiento hipolipemiente convencional (estatinas y ezetimiba) disminuye los niveles de colesterol LDL y otras lipoproteínas que contribuyen a la aterosclerosis como la lipoproteína (a). Uno de los estudios se realizó en pacientes con HF y enfermedad coronaria y el otro en pacientes con HF severa (colesterol LDL > 300 mg/dl con el tratamiento habitual). Todos los pacientes estaban tomando la dosis máxima de estatina tolerada y la mayoría también recibían otros fármacos reductores del colesterol como la ezetimiba. Mipomersen

disminuyó el colesterol LDL de un 28 a un 36 por ciento. En la presentación también se destacó la eficacia de este nuevo fármaco en la reducción de los niveles de lipoproteína (a) que oscilaron una media de 21 a 39 por ciento. Esta lipoproteína es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de enfermedad coronaria y eventos cardiovasculares y está elevada en numerosos pacientes con HF. Para los pacientes con HF severa no hay otras alternativas de tratamiento aprobadas para su control, excepto la realización de la LDL aféresis. Por esto, los resultados sugieren que el impacto futuro de Mipomersen en el campo del tratamiento de la HF severa podría ser una opción significativa si los estudios en marcha muestran la seguridad del fármaco.

Nuevas guías para el manejo de las hiperlipemias

En el Congreso de la EAS se presentó, además, una nueva versión de las guías para el manejo de las dislipemias, publicadas en la revista *Atherosclerosis*. Dentro de las hiperlipemias familiares destacan el apartado de la hipercolesterolemia familiar (HF) y de la hiperlipemia familiar combinada (HFC). Respecto a la HFC se destaca que es una hiperlipemia genética muy prevalente y que es una importante causa de enfermedad coronaria prematura. En cuanto a la HF se hace notar la importancia de su diagnóstico precoz ya que sin un tratamiento la mayoría de los pacientes presentarán una enfermedad coronaria en edades jóvenes. Y también se pone de relieve la importancia de un diagnóstico genético en cascada familiar cuando se dispone de un test genético. En el tratamiento se recomienda conseguir un objetivo en colesterol LDL < 100 mg/dl. Para esto se recomienda estatinas potentes. Si a pesar de esto el colesterol LDL permanece elevado se debe considerar el tratamiento combinado.



Recetas de verano

Ensalada verde y blanca con vinagreta de naranja

Ingredientes

200 g de coliflor cortada en cogollos pequeños, 200 g de brécol cortado en cogollos pequeños, 2 zanahorias pequeñas ralladas y 4 cucharadas de semillas de calabaza.

Ingredientes para el aliño

5 cucharadas de aceite de oliva, 2 cucharadas de zumo de naranja, una cucharada de vinagre, ½ cucharada de mostaza, 1 diente de ajo picado y pimienta negra recién molida.



Preparación

Blanquear la coliflor y el brécol en agua hirviendo durante 3 minutos, enfriar inmediatamente en agua con hielos y escurrir. Colocar junto con el resto de los ingredientes en un bol para ensaladas.

Preparación para el aliño

Juntar los ingredientes en un tarro con tapa y mezclarlos bien. Añadir 3 ó 4 cucharadas de aliño a la ensalada y servir.

Utensilios

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.

Raquel Arroyo Olivares
(Dietista)

Fundación Hipercolesterolemia Familiar

Albóndigas de merluza con champiñones



Ingredientes

300 g de merluza en filetes, 200 g de champiñones, 2 claras de huevo, 2 cebollas pequeñas, 1 diente de ajo, 20 cl de vino blanco, 1 vaso de leche desnatada, 2 rebanadas de pan, harina, pimienta negra, nuez moscada, azafrán y 20 cc de aceite de oliva.

Preparación

Pochar una cebolla y el diente de ajo (picados muy finos) en una sartén con aceite de oliva, remover con frecuencia hasta que la cebolla cambie de color. Añadir la merluza (picada a cuchillo) y los champiñones bien picados, y remover hasta obtener una masa homogénea. Mezclar con la miga del pan (previamente mojada en leche y escurrida) y con la clara de un huevo. Condimentar con un toque de pimienta negra y otro, muy ligero, de nuez moscada.

Formar bolas, rebozarlas en harina y la clara del otro huevo y freírlas. Escurrir en papel absorbente y reservar.

Pochar la otra cebolla picada en una sartén, hasta que se transparente. Añadir media cuchara sopera de harina, remover y agregar el vino blanco (su alcohol desaparece con la cocción) y 1 vaso de agua, removiendo para ligar la salsa. Condimentar con unas hebras de azafrán, incorporar las albóndigas y cocer durante 15 ó 20 minutos.

Utensilios

Sartén.

Sorbete de sandía y melón

Ingredientes

200 g de melón, 200 g de sandía y unas hojas de hierbabuena.

Preparación

Congelar el melón y la sandía. Introducir el melón congelado en una batidora y batir, llenar unas copas frías hasta la mitad con el granizado de melón. Batir la sandía congelada y terminar de llenar las copas con el granizado resultante. Servir inmediatamente en copas frías con la hierbabuena de decoración.

Utensilios

Batidora.



Valor nutricional total del menú

(por ración)

Energía: 660 kcal

Proteínas: 25 g (15%)

Hidratos de carbono: 90 g (55%)

Grasas totales: 22 g (30%)

Saturados: 3 g (4%)

Monosaturados: 15 g (19%)

Poliinsaturados: 3 g (4%)

Colesterol: 49 mg

Fibra: 15 g

Sodio: 300 mg

Cartas a la FHF

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

Consulta sobre el embarazo

Tengo 33 años de edad y estoy diagnosticada de hipercolesterolemia familiar. Sigo una dieta saludable y tomo medicación (estatinas) desde los 19 años con lo que mis niveles de colesterol están controlados. Suspéndi la medicación hace unos meses porque quería planificar un embarazo. Y ahora estoy embarazada de seis meses. En la analítica que me hicieron al comienzo del embarazo tenía un colesterol de 300 mg/dl. En la última analítica ha subido hasta 519 mg/dl. En los últimos meses no he hecho dieta y tampoco ejercicio. Estoy muy asustada porque me parecen unas cifras muy elevadas y tengo miedo del riesgo que pueda suponer tanto para el niño como para mí misma. ¿Qué puedo hacer?

Eva Fernández Alonso

Avilés (Asturias)

Lo que ha hecho usted con la medicación reductora del colesterol es lo adecuado. Se recomienda que la mujer que desea quedarse embarazada y que está tomando medicación para reducir el colesterol (estatinas u otros fármacos) deje de tomar la medicación un par de meses antes del embarazo. Es conocido que el embarazo aumenta los niveles de colesterol y esto se refleja aun más en las mujeres que tienen hipercolesterolemia familiar, ya que los niveles de colesterol antes del embarazo son más elevados por la causa misma de la hipercolesterolemia. Nuestra recomendación es que no tome ninguna medicación hipolipemiente durante el embarazo y durante el periodo de lactancia ya que es un periodo corto y transitorio en su vida. Una vez que termine la lactancia, podrá comenzar nuevamente con la medicación.

Sin embargo, durante este tiempo se deberán acentuar las recomendaciones dietéticas y lle-

var un estilo de vida saludable (ejercicio físico suave, control del peso, suprimir el consumo de tabaco si se fuma, etc.) que ayudará a reducir parcialmente el colesterol. Si los niveles de colesterol son muy elevados, se pueden utilizar las resinas, que actúan únicamente a nivel intestinal y no se absorben, aunque su efecto reductor del colesterol es moderado. Y hay que tener en cuenta que en ocasiones producen molestias gástricas y estreñimiento.

El tener el colesterol elevado durante unos meses no supone un mayor riesgo para el niño y tampoco para la madre si no tiene una enfermedad cardiovascular previa. Por tanto debe estar tranquila y le recomendamos que siga las medidas dietéticas junto con ejercicio físico suave. Y que piense que dentro de unos meses comenzará nuevamente con el tratamiento para controlar su colesterol. Para más información consulte el boletín número 32, página 9: Estatinas, embarazo y lactancia.

Preocupada por su bebé

Estoy bastante preocupada porque padezco hipercolesterolemia familiar y en una analítica que he realizado a mi pequeña de 12 meses le han dado niveles de colesterol elevados. El colesterol total 234 mg/dl, colesterol LDL 175 mg/dl y colesterol HDL 43 mg/dl. ¿Qué puedo hacer para bajar su nivel de colesterol y que no le vaya a más? De momento la pediatra me ha aconsejado repetir la analítica y si vuelve a dar esos niveles nos enviará a un especialista. Su alimentación es la de un bebé de 12 meses.

M.ª Jesús Tena Pascual

Santander

Al tener una HF la posibilidad de que usted la transmita a su descendencia es del 50 por cien-

to, siempre que el padre tenga un colesterol normal. Las cifras de colesterol LDL superiores a 135 mg/dl en la infancia son sugestivas de presentar una HF si uno de los padres la tienen. Para confirmar el diagnóstico la medida definitiva es realizar el test genético para detectar la HF, especialmente si el test genético ya ha sido positivo en uno de los padres. Este test genético se puede realizar a partir de los 3 años.

En la actualidad debe seguir con la dieta habitual para un niño de esta edad. A partir de los dos años y si tiene una HF se pueden iniciar los cambios en la dieta que consisten en disminuir el contenido de grasas saturadas y colesterol. Para esto se cambiará la leche completa y derivados lácteos por los desnatados o semidesnatados y seguirá las mismas recomendaciones dietéticas que se indican a los adultos con HF. A partir de los seis años se pueden añadir esteroides vegetales y, si el colesterol es muy elevado, resinas. Lo más importante en los niños con hipercolesterolemia es introducir los hábitos dietéticos saludables y realizar ejercicio físico para controlar el peso. En la infancia se adquieren los hábitos de vida y al niño no le será difícil el seguir estos hábitos saludables y mantenerlos en la edad adulta. Para más información consulte la Guía de control del colesterol en www.centrovirtualcolesterol.org

Temor a las estatinas

Soy una mujer de 43 años, tengo anemia y tomo hierro, también tomo Seroxat para la depresión, y hace tiempo que tengo el colesterol elevado. He llegado a 316 mg/dl, ahora tengo 274 y mi médico me ha recetado estatinas, pero me da miedo tomarlas, ya que tienen bastantes efectos secundarios. ¿Qué hago? ¿Son superiores los beneficios?





Creo que mi hipercolesterolemia es genética, ya que varios familiares también la tienen. No fumo y no tengo hipertensión, ni diabetes.

Segunda Toledo Valles
Madrid

Para el diagnóstico de hipercolesterolemia familiar (HF) se requiere por una parte niveles elevados de colesterol total y LDL, y antecedentes familiares (adultos y niños) con colesterol elevado y eventualmente antecedentes familiares de enfermedad coronaria precoz (infarto de miocardio, etc.). Hay algunas hipercolesterolemias que aunque teniendo antecedentes familiares de colesterol elevados, estos no son muy altos y no son consideradas como HF. Una persona adulta con HF requiere tratamiento farmacológico desde el momento del diagnóstico, y el objetivo es reducir el colesterol LDL por debajo de 130 mg/dl e incluso, si fuera posible, por debajo de 100 mg/dl. Para esto es importante conocer bien sus cifras de colesterol LDL, HDL y los antecedentes familiares (niveles de colesterol en familiares directos, niños con hipercolesterolemia, enfermedad coronaria en familiares, etc.). Si el diagnóstico clínico o genético es de certeza, entonces requerirá tratamiento. Por el contrario, si no es una hipercolesterolemia familiar, habría que valorar el riesgo cardiovascular global. Si usted es una mujer en edad fértil y no tiene otros factores de riesgo es necesario conocer sus cifras de colesterol LDL. Si están por encima de 160 mg/dl a pesar de una dieta y estilos de vida saludables, tendría indicación de tratamiento con estatinas. La evidencia científica ha demostrado, que en general, las estatinas son fármacos seguros y eficaces que han demostrado reducir el riesgo cardiovascular y los beneficios de su uso claramente superan los potenciales riesgos. Los efectos secundarios son poco frecuentes y suelen ser transitorios o reversibles con la suspensión de la medicación. Podría comenzarse con una dosis de inicio baja y ver la eficacia y tolerancia al cabo de dos o tres meses. Por lo tanto, lo que usted debe conversar con su médico son los pros y contras del tratamiento y si claramente tiene indicación de estatinas por ser una HF o bien otra hipercolesterolemia de otra causa.

Esteroles vegetales y colesterol

Son numerosas las consultas y cartas enviadas a la Fundación HF sobre los efectos de la toma de esteroles vegetales incorporados en alimentos lácteos y margarinas. Las preguntas más frecuentes se refieren a: 1) personas que se pueden beneficiar de su consumo; 2) dosis diarias necesarias y seguridad; 3) utilidad de combinarlos con fármacos reductores del colesterol.

1) Los esteroles y estanoles vegetales se encuentran de forma natural en pequeñas cantidades en muchos vegetales. Disminuyen la absorción del colesterol que proviene de la dieta en el tubo digestivo, produciendo una reducción del colesterol LDL (malo), sin afectar al colesterol HDL o a los triglicéridos.

El efecto de los esteroles vegetales en la reducción del colesterol se ha demostrado tanto en poblaciones con concentraciones de colesterol normal como con hipercolesterolemia. Por tanto, se pueden recomendar en personas con hipercolesterolemias de leves a moderadas. También se pueden utilizar en pacientes con diabetes e hipercolesterolemia, en adultos y en niños a partir de los 6 años con hipercolesterolemia familiar, así como en personas con enfermedad coronaria establecida.

2) Numerosos estudios científicos han demostrado que una ingesta diaria de 2 gramos de esteroles o estanoles vegetales reducen el colesterol LDL una media de un 10-12 por ciento y el efecto se establece en unas 2-3 semanas y permanece estable durante largo tiempo. Las ingestas más pequeñas tienen un pequeño efecto en el descenso del colesterol LDL y por tanto no se recomiendan. Tampoco se recomienda el tomar más de 2 gramos al día. En la mayoría de los estudios la dosis total diaria se ha dividido en dos tomas al día, pero algún estudio ha demostrado que si los esteroles se toman con una sola comida, producen la misma reducción en el colesterol LDL. Cuando los esteroles vegetales se combinan con dietas bajas en grasas saturadas y colesterol se pueden alcanzar reducciones en el colesterol LDL plasmático del 20 por ciento o superiores. Una disminución

adicional del colesterol LDL puede obtenerse con el aumento en la actividad física y la reducción en el peso.

La toma de esteroles vegetales es segura. En algunas personas pueden disminuir ligeramente la absorción de algunas vitaminas. Pero, como se recomiendan tomarlos en el contexto de una dieta saludable y variada rica en frutas y verduras no suelen producirse déficits vitamínicos. No se aconseja su toma en embarazadas y en niños menores de seis años.

3) En estudios realizados en adultos con hipercolesterolemia, enfermedad coronaria y diabetes, que recibían tratamiento con estatinas, la adición de estos alimentos ha reducido el colesterol LDL entre un 10 por ciento y 16 por ciento. Por esto, los pacientes que están en tratamiento con estatinas y necesitan reducciones adicionales del colesterol, podrían beneficiarse de la adición de los esteroles vegetales a sus dietas. Aunque no existen estudios que directamente hayan analizado los efectos de los esteroles vegetales sobre la incidencia de enfermedad coronaria, existe la posibilidad teórica de que la reducción del colesterol LDL con estas medidas consiga igualmente este efecto beneficioso.

Impacto del consumo de café en la salud

Son numerosas las dudas que existen en la población con respecto al consumo de café y sus potenciales riesgos cardiovasculares y así nos la hacen llegar a la Fundación.

Tradicionalmente se ha considerado que el consumo de café puede contribuir al aumento de la presión arterial y por esto, numerosas personas con hipertensión arterial evitan su consumo o lo toman descafeinado. Sin embargo, estudios científicos han señalado que un consumo moderado de hasta tres cafés al día no influye en las cifras de presión arterial y por tanto los hipertensos pueden tomarlo. Además, estudios recientes han demostrado que un consumo moderado de café de dos a cuatro tazas al día no se asocia con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular ni otras enfermedades.

¿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.colesterolfamiliar.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™**



genzyme
A SANOFI COMPANY

La Fundación, en Internet

La Fundación Hipercolesterolemia Familiar ha puesto a disposición de todos los ciudadanos el Centro Virtual del Colesterol, www.centrovirtualcolesterol.org, un portal de referencia para el conocimiento, control y seguimiento de las hipercolesterolemias y todo lo relacionado con los hábitos de vida saludables. Y dependiendo del perfil de cada usuario, ofrece entradas diferentes. A través del Test diagnóstico de HF (Autotest), aquellas personas que tengan dudas acerca de si su colesterol puede ser de origen familiar o heredado podrán ir siguiendo los pasos indicados una vez registrados, 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. Las familias que ya forman parte del Estudio de seguimiento deberán entrar en Estudio de Cohorte para registrarse, incluyendo su código de usuario y clave que obtendrán contactando con nosotros. Esta entrada les resultará muy útil ya que les permitirá acceder a sus datos personales con la posibilidad de ir actualizándolos.



Les invitamos a conocer este Centro Virtual de Colesterol en:

www.centrovirtualcolesterol.org

Hágase socio

Ya saben que pueden desgravarse en la declaración de la renta, recuperando entre un 25-35 por ciento de su aportación. Sin embargo, es necesario que nos faciliten el número y la letra de su carnet de identidad (NIF), algo muy importante también para los asociados que ya forman parte de proyecto, pues si desconocemos este dato no podemos incluirlos en la relación que la Fundación envía al organismo indicado de acuerdo con la normativa vigente. No se olviden de comprobarlo. Y si prefieren llamarnos para comprobarlo, háganlo.

Consejo editorial

Pedro Mata (médico y Presidente Fundación HF), Rodrigo Alonso (médico), María Teresa Pariente (secretaria de la Fundación HF), Gerardo Gonzalo (editor, miembro de la Fundación HF).

Señales de aviso de un ataque cardiaco

- Presión torácica con sensación de malestar y de estar lleno.
- Dolor aplastante u opresivo en el centro del pecho durante varios minutos.
- Opresión que empieza en el centro del pecho y se irradia a los hombros, cuello o brazos.
- Malestar torácico con sensación de mareo, sudoración, náuseas o dificultad para respirar.

Señales de aviso de un ictus (trombosis o infarto cerebral)

- Debilidad o falta de sensibilidad súbita de la cara, brazo o pierna en un lado del cuerpo.
- Pérdida o debilidad repentina de la visión, especialmente en un ojo.
- Pérdida del habla o problemas al hablar o entender.
- Fuertes dolores de cabeza de forma súbita sin causa aparente.
- Vértigos, pérdida de equilibrio o caídas repentinas inexplicables, junto con cualquiera de los síntomas mencionados.

No todos estos signos ocurren en cada ataque. Si usted nota uno o varios de estos signos, no espere. Consiga ayuda médica enseguida.