

FUNDACION HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR

Ganando
Corazones

Boletín de la Fundación Hipercolesterolemia Familiar

Avda. Menéndez Pelayo, 67 bajo A. 28009 Madrid. Telfs.: 91. 504 22 06/91 557 00 71 Fax: 91. 504 22 06
WEB: www.colesterolfamiliar.com e-mail: colesterolfamiliar@terra.es

Abril 2003 Nº 10

Llega la aportación reducida

"A finales de mayo estará listo el decreto-ley que regula la aportación reducida". La noticia se la daba a la Fundación HF, el 29 de abril, el propio presidente de la Comisión de Sanidad del Congreso, Feliciano Blázquez, del PP, el grupo que había presentado una moción que luego se convirtió en proposición no de Ley aprobada por unanimidad por todos los grupos parlamentarios. La nueva ministra de Sanidad, Ana Pastor, cumplía así su palabra, dada en diciembre al doctor Mata: "La aportación reducida estará en el BOE en el primer semestre de 2003". Ahora sólo falta la fase de tramitación y su puesta en marcha práctica, que apoyan también las autonomías. Pero lo importante es que la decisión política está tomada y que la aportación reducida va a ser un hecho muy pronto.

Ochenta mil personas que sufren en España hipercolesterolemia familiar heterocigota se van a beneficiar de esta aportación reducida para los fármacos hipolipemiantes, el mayor logro conseguido por nuestra Fundación en sus cinco años de vida. Llevamos defendiendo esta iniciativa desde 1.999 y el camino ha sido largo y complejo. Pero hemos sido tenaces en nuestro empeño y hemos ganado a mucha gente a nuestra causa, la causa de la prevención activa, desde políticos a médicos y periodistas, pasando por Sanidad y las autonomías

Ahora, con la aportación reducida, miles de familias podrán tratarse mejor de la HF heterocigota, ya que sólo tendrán que pagar unos 3 euros al mes por unos medicamentos que son muy costosos y que suelen necesitar varios pacientes por familia. Prevenir la enfermedad evitará muchas muertes y muchos gastos hospitalarios, con lo que el gasto inicial de la aportación reducida permitirá al final un importante ahorro a la sanidad pública española. Y lo más importante, ahorrará muchas vidas.

Ganada la batalla de la aportación reducida, estamos metidos en otro frente muy importante: poner en marcha el biochip genético, que va a revolucionar el tratamiento futuro de la hipercolesterolemia familiar. A primeros de mayo, los especialistas de más de 70 unidades de lípidos de toda España se reunirán en Madrid para fijar una estrategia común en la implantación del biochip genético desarrollado por iniciativa de la Fundación HF, con ayudas públicas y privadas. Se trata del primer biochip genético de este tipo que se desarrolla en el mundo y estará listo para ser comercializado en septiembre. Es una herramienta que abre la puerta a futuros tratamientos personalizados de la hipercolesterolemia familiar, según la mutación detectada en el paciente, entre las 135 mutaciones diferentes encontradas en España, gracias a otro trabajo promovido también por la Fundación HF, el Mapa genético de España.

No nos paramos en las conquistas, porque queda mucho por hacer. La bandera de la prevención, de la vida saludable, de la lucha contra la hipercolesterolemia tiene que seguir pasando de mano en mano. Extender nuestro mensaje.



Personaje

Lorenzo García Gordillo
41 años. Técnico industrial
Sevilla

Lorenzo sabe que tiene el colesterol alto desde 1.991. En algún análisis le salió 540, pero no se lo tomaba en serio. Sobre todo, porque no lo entendía. "Yo siempre había tenido una alimentación sana, sin grasa y sin sal. Mi padre tenía problemas en las arterias y en casa estábamos educados a comer sano. Y encima me casé con una mujer cuyo padre había tenido tres infartos, con lo que no cocinaba con grasas. Además, yo siempre he hecho mucho deporte", comenta Lorenzo. Pero el colesterol estaba ahí, a pesar de que iba a un médico y tomaba medicamentos. Hace cuatro años, una amiga ATS le recomendó acudir a la Unidad de Lípidos del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla. Y allí le investigaron a fondo, a él y a su familia. Y recordó que su abuela murió de infarto con 64 años, su padre con 51 y un tío con poco más de 60. Y dos de sus tres hijas, Inmaculada de 17 y María del Valle, con 10, también tienen el colesterol elevado (ahora toman resinas). A partir de ahí, Lorenzo se lo tomó más en serio, con la medicación adecuada y con dieta. Pero el empujón final vino de la mano del destino. Hace unos meses se apuntó al estudio de 1.000 familias que está haciendo la Fundación HF. Y al hacerle las pruebas, el doctor Muñiz le detectó un soplo. Y a partir de ahí, descubrió que unos pinchazos que Lorenzo atribuía a catarros mal curados eran "pequeñas anginas de pecho". Se le hizo un cateterismo. Resultado: dos coronarias afectadas, que obligaron a una intervención y a colocarle 7 stent. La prevención, apuntarse al estudio de la FHF, le había salvado la vida. Y ahora, convaleciente, asegura que su vida va a cambiar. "Como el colesterol no te duele, no te lo tomas en serio. Pero hay que hacerlo. Si no, luego no tiene remedio, como le pasó a mi padre y a mi abuela".

Sumario

Grasas y aceites	2, 3 y 4
Beneficios del ejercicio	5
Noticias y Congresos	6, 7
Ley de Cohesión sanidad	8
Actividades FHF	9
Receta de Primavera	10
Cartas y noticias de la Fundación	11 y 12



GRASAS Y ACEITES

Las grasas tienen "mala fama", pero son un elemento básico de la alimentación humana. Eso sí, hay que conocer las características de cada tipo de grasa y su aportación a la dieta, para poder llevar a cabo una alimentación saludable. Conozca lo fundamental de las grasas y aceites.



Las grasas de la dieta han recibido más atención de los profesionales de la salud y del público en general que cualquier otro nutriente en el suministro de alimentos. Para muchas personas, la grasa tiene connotaciones negativas sobre la salud. Sin embargo, la grasa es un nutriente esencial e imprescindible para la vida.

Las grasas constituye uno de los principios inmediatos más importantes de la alimentación humana. Contribuyen a satisfacer las demandas de energía, de ácidos grasos esenciales (linoléico y linolénico) especialmente importantes en el adecuado desarrollo del niño, y de vitaminas A, D, E y K. Además, la grasa es necesaria para mantener una piel saludable, regular el metabolismo del colesterol y participa como precursor en la síntesis de hormonas esteroideas. Por último, la grasa de la dieta cumple una función plástica, incorporándose a los tejidos y órganos corporales, determinando la composición y función de las membranas celulares.

Los aceites tienen una fracción saponificable y una insaponificable. La primera, supone el 97 % y está constituida principalmente por triglicéridos (formados por la unión de una molécula de glicerol y tres de ácidos grasos), encargados del aporte calórico de las grasas. La fracción insaponificable supone de un 2 a un 3%, pero tiene importantes efectos biológicos. Es rica en polifenoles que tienen un potente efecto antioxidante. Hay que destacar que en los procesos de refinado de los aceites se pierde este componente minoritario.

La longitud de la cadena de los ácidos grasos, junto al grado de insaturación (número de dobles enlaces presentes en la molécula), determinan sus propiedades físico-químicas y sus efectos metabólicos. Existen tres clases básicas de ácidos grasos, saturados, monoinsaturados y poliinsaturados (Tabla I).

¿Que son los ácidos grasos saturados?

Los ácidos grasos saturados (AGS) carecen de dobles enlaces. Existen AGS de cadena larga (ácido esteárico C18:0, palmítico C16:0 y mirístico C14:0) y de cadena media con 8 a 10 átomos de carbono. Todas las grasas animales son muy ricas en ácidos saturados



rados de cadena larga, excepto las del pescado y crustáceos, que contienen una mayor cantidad de ácidos grasos poliinsaturados, especialmente n-3. Algunas grasas vegetales, como el aceite de coco y el de palma, también son muy ricas en ácidos grasos saturados.

Los ácidos grasos saturados aumentan el Colesterol Total y el colesterol LDL, con un mínimo efecto sobre el colesterol HDL. Los mecanismos propuestos para su efecto son a través de la supresión de la actividad de los receptores celulares para las LDL, lo que produce una disminución en la eliminación de las LDL circulantes, y por tanto un aumento en las concentraciones plasmáticas de colesterol y colesterol LDL.

Una dieta normal, contiene ácidos grasos saturados de distinta longitud de cadena. El principal ácido graso saturado de la dieta es el ácido palmítico (C16:0), constituyendo aproximadamente un 60% de los ácidos grasos saturados de la dieta. Es el más abundante en las carnes y grasas lácteas y en los aceites vegetales como el coco y la palma.

Ácido mirístico (C14:0). Se encuentra principalmente en la mantequilla y en los aceites vegetales de coco y palma. Algunos estudios demuestran que aumenta los niveles de colesterol LDL igual o más que el ácido palmítico, sin embargo, se consume en cantidades menores que el anterior.

Ácido láurico. (C12:0). Corresponde a un ácido graso saturado de cadena intermedia. Inicialmente se sugirió que el ácido láurico no elevaba los niveles de colesterol; sin embargo, estudios recientes han demostrado que si los eleva aunque en una proporción menor que el palmítico.

¿Qué son los ácidos grasos monoinsaturados?

El principal representante es el ácido oleico (C18:1), que tiene un único doble enlace y está presente en todas las grasas animales y aceites vegetales, especialmente en el aceite de oliva que tiene de un 70 a un 80% de ácido oleico.

Diversos estudios han demostrado que la sustitución de la grasa saturada por grasa monoinsaturada produce una disminución del colesterol total a expensas del colesterol LDL. Esta sustitución mantiene o incluso puede aumentar las concentraciones de coles-

RECOMENDACIONES DE DIETA Y HÁBITOS DE VIDA

- Control del peso corporal
- Disminuir el aporte de grasa saturada y colesterol
- Aumentar el aporte de grasa monoinsaturada
- Aumentar el consumo de frutas, verduras y alimentos ricos en fibras
- Realizar actividad física regularmente
- Evitar el tabaco

terol HDL, lo que determina una mejoría del riesgo aterogénico

¿Qué son los ácidos grasos poliinsaturados?

Se les denomina ácidos grasos esenciales porque el organismo no los puede producir y únicamente se obtienen a través de la dieta. Sin embargo, se necesitan pequeñas cantidades para cubrir sus necesidades fisiológicas. Se clasifican en n-6 y n-3 (también denominados omega 6 y omega 3). El principal ácido graso n-6 es el ácido linoleico (C18:2), que abunda en los aceites vegetales de maíz, girasol y soja, aunque también esta presente en otros aceites y grasas, como el de oliva y las grasas animales.

Por otra parte, los ácidos grasos n-3 se encuentran en pequeñas cantidades en algunos aceites vegetales y plantas, siendo su fuente principal los animales marinos. El ácido linoléico (C18: 3) predomina en las plantas y nueces; y aquellos ácidos grasos n-3 de cadena más larga, como el eicosapentaenoico (EPA, C20:5) y el docosahexaenoico (DHA, C22:6) abundan en los pescados (especialmente los azules) y mariscos. La ingesta diaria recomendada de n-3 es de 1 a 2 gramos. Se recomienda tomar pescado (especialmente azul) unas tres veces a la semana.

El consumo de ácidos grasos poliinsaturados n-6, sustituyendo a los ácidos grasos saturados, tiene un efecto hipocolesteremiante, tanto sobre colesterol total, como sobre las fracciones LDL y HDL. Los efectos de los ácidos grasos n-3 sobre el metabolismo lipoproteico son controvertidos y no están tan bien definidos como los de otros ácidos grasos insaturados. Aunque está bien demostrado que disminuyen la trigliceridemia, su efecto sobre los niveles de colesterol LDL y colesterol HDL depende del tipo de paciente y del estado de normo o hiperlipemia. El principal efecto beneficioso de los n-3, es la prevención de la enfermedad cardiovascular por un efecto preventivo sobre el riesgo de arritmias.

¿Qué son los ácidos grasos trans?

La mayoría de las grasas y aceites naturales contienen dobles enlaces cis, sin embargo la producción comercial de grasas vegetales sólidas (margarinas) implica la hidrogenación de éstas, un proceso que origina la formación de ácidos grasos trans (con los dobles enlaces orientados espacialmente en diferentes lados de la molécula). La hidrogenación es un proceso de saturación industrial al que se someten ciertas grasas vegetales, para cambiarles su textura y mejorar su empleo en la preparación y procesado de alimentos. Mediante este proceso se consigue que los ácidos grasos poliinsaturados adquieran consistencia sólida y den lugar a las margarinas. Otro ejemplo de hidrogenación es el de los aceites de palma, coco o palmiste, para su utilización en los precocinados y en la bollería industrial. Los efectos de este tipo de ácidos grasos sobre el perfil lipídico es peor que el de la grasa saturada.

Tabla I. CLASIFICACIÓN Y FUENTE DE LOS ÁCIDOS GRASOS

Familias	Acido graso principal	Fuentes
Saturados	Láurico C12:0 Mirístico C14:0 Palmítico C16:0 Esteárico C18:0	Grasa animal y de algún vegetal (palma, coco)
Monoinsaturados (n-9)	Oleico C18:1	Grasa animal y vegetal (aceite oliva)
Poliinsaturados		
-n-6	Linoleico C18:2	Grasas vegetales (maíz, girasol)
-n-3	Linoléico C18:3	Algunos aceites vegetales (C18:3) Pescados y aceites marinos (C20:5, C22:6)

C indica el número de átomos de carbono y n la localización del primer doble enlace a partir del grupo metilo-terminal.

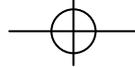
Los ácidos trans se pueden encontrar en determinadas carnes y en aceites vegetales hidrogenados. La hidrogenación ocurre de forma natural en animales rumiantes, como consecuencia de la degradación bacteriana de ácidos grasos; por tanto, los ácidos grasos trans se encuentran también presentes en la grasa de la leche y en la grasa de las carnes de vaca y de cordero. La mitad del consumo de ácidos grasos trans proviene de las grasas animales y la otra mitad de aceites vegetales hidrogenados. El contenido de ácidos trans de un determinado producto en el que se ha usado aceite hidrogenado depende de las características presentes en el proceso de su elaboración. Por ejemplo las galletas y pastas contienen de un 3-9% de ácidos trans, los aperitivos ó tentempiés de un 8-10%. Las margarinas "blandas" contienen de un 13-20% de ácidos grasos trans mientras que las margarinas "duras" y otras grasas usadas en la preparación industrial de alimentos contienen de un 25-35% de trans. En la actualidad existen margarinas que se pueden recomendar, ya que contienen cantidades mínimas de estos ácidos grasos.

¿En qué consiste el refinado del aceite?

Es un procedimiento que lo libera de las impurezas y componentes químicos que se producen durante su preparación y que son indeseables para el consumo. Este proceso combina el tratamiento físico y el químico, siendo imprescindible para que los aceites de semillas (girasol, maíz, etc) puedan consumirse. Sin embargo, el aceite de oliva puede consumirse sin refinar. Pero si las aceitunas son de mala calidad, necesita ser refinado.

¿Es más recomendable el aceite de oliva virgen que el refinado?

El aceite de oliva virgen es un alimento de alta calidad, tanto por su contenido en ácidos grasos como por el contenido en micronutrientes (vitamina E, carotenos, polifenoles, esteroides vegetales y otros elementos beneficiosos) que no poseen los aceites refinados. Por lo tanto, debe recomendarse el consumo de aceite de oliva virgen, ya que al igual que un zumo natural conserva todos los micronutrientes El aceite de oliva destinado al refinado se mezcla con aceite de oliva virgen y se comerciali-



Boletín de la Fundación Hipercolesterolemia Familiar

za con el nombre de aceite de oliva. El único aceite procedente de la aceituna, que se comercializa exclusivamente refinado, es el aceite de orujo.

¿Qué son los esteroides vegetales?

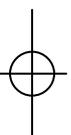
Desde hace más de cuarenta años se sabe que ciertos tipos de esteroides naturales procedentes de las plantas y conocidos como fitoesteroides, pueden disminuir los niveles de colesterol en animales y en humanos. Los esteroides vegetales, aunque estructuralmente estén relacionados con el colesterol, difieren de él en cuanto a que no se pueden absorber en los humanos. De hecho, cuando estas sustancias son ingeridas en el contexto de una dieta normal, los esteroides vegetales y sus derivados saturados, los estanoles, interfieren en la absorción del colesterol en el intestino humano, causando un descenso en las concentraciones de colesterol en sangre.

La ingesta diaria de fitoesteroides varía ampliamente en la población, dependiendo del tipo y de la cantidad de alimentos vegetales que comemos. Los fitoesteroides se encuentran en los aceites vegetales, semillas, frutos secos, legumbres y cereales. La ingesta habitual de esteroides en una dieta normal es de unos 100 a 300 mgrs por día. Los vegetarianos tienen una mayor ingesta. Sin embargo, la ingesta diaria típica es insuficiente para producir un efecto significativo en la reducción del colesterol.

Los esteroides vegetales extraídos de las plantas no pueden añadirse a los alimentos con facilidad. En cambio, si se procede a su esterificación mediante ácidos grasos se forma un esteroide esterificado de plantas que puede incorporarse a los alimentos sin dificultad (especialmente a la parte grasa como las margarinas o yogures), sin cambiar el sabor ni la apariencia de los mismos. En numerosos estudios, en los que parte de la grasa de la dieta se ha sustituido por esteroides vegetales en una dosis de unos 2 gramos al día, se ha conseguido una reducción del colesterol LDL de un 10 a un 14%. Los grupos de

DIETA Y COLESTEROL	
AUMENTAN COLESTEROL	DISMINUYEN COLESTEROL
<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Grasas saturadas <input checked="" type="checkbox"/> Colesterol <input checked="" type="checkbox"/> Ácidos grasos trans 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Grasas saturadas <input type="checkbox"/> Colesterol <input checked="" type="checkbox"/> Ág monoinsaturados <input checked="" type="checkbox"/> Ág poliinsaturados <input type="checkbox"/> Grasa corporal <input checked="" type="checkbox"/> Esteroides vegetales

estudio han estado constituidos por personas con hipercolesterolemia moderada, niños y adultos con hipercolesterolemia familiar, diabéticos y personas con cardiopatía coronaria. Por lo tanto, la ingestión de unos 2 gramos al día de esteroides vegetales con una dieta saludable puede ser un método eficaz para ayudar a disminuir las concentraciones elevadas de colesterol.



Consultorio sobre alimentación

¿Qué diferencia hay entre los yogures y los denominados postres lácteos?
¿Hay diferencia en su contenido graso?

El yogurt es el producto resultante de fermentar la leche con las bacterias ácido-lácticas *Streptococcus thermophilus* y *Lactobacillus bulgaricus* produciéndose ácido láctico y coagulando las proteínas de la leche. Este proceso le dota de la consistencia característica del producto final, que contiene en torno a 10 elevado a 7 ó 10 elevado a 8 bacterias vivas por ml y un pH de 3.9-4.3. El yogurt se diferencia de los productos lácteos termizados en que éstos carecen de bacterias vivas que caracterizan al yogur y le confieren algunas de sus saludables propiedades. Por ello aconsejamos tomar yogurt que productos lácteos termizados. En cuanto al contenido graso es en general equivalente. Recuerde, no obstante, que para una alimentación cardiosaludable aconsejamos consumir todos los lácteos en su forma desnatada.



Dra. Joima Panisello.
Hospital General de Igualada.



Los beneficios de la actividad fisi-



Numerosos estudios demuestran que las personas relativamente activas, en especial durante la edad adulta y la vejez, tienen el doble de probabilidades de evitar una muerte prematura o una enfermedad grave. De hecho, el

beneficio de llevar una vida activa es equivalente al de dejar de fumar. Las ventajas de mantenerse activo son numerosas:

Menor riesgo de obesidad

Cada vez existen más pruebas que implican la reducción de los niveles de actividad física como causa importante del aumento de la obesidad. Se han realizado varios estudios que demuestran que llevar una vida activa y sana ayuda a prevenir la obesidad. En especial, parece ser que el ejercicio contribuye a impedir el aumento de peso típico de la mediana edad.

Menos riesgo de enfermedad cardíaca

Las personas con un estilo de vida activo y que están relativamente en forma tienen la mitad de probabilidades de desarrollar una enfermedad cardíaca que las personas que llevan una vida sedentaria. Las personas obesas que practican ejercicio, tienen menor riesgo de padecer una enfermedad cardíaca o diabetes, que las que no realizan ninguna actividad física.

Diabetes

La falta de actividad constituye un factor de riesgo en el desarrollo de la diabetes de tipo II. La probabilidad de que personas muy activas padezcan esta enfermedad es de un 33 a un 50% menor. Asimismo, se ha demostrado que el ejercicio físico ayuda a los diabéticos a controlar los niveles de azúcar en la sangre.

Menor riesgo de cáncer

Una actividad física moderada o intensa reduce el riesgo de contraer cáncer de colon, colorectal, de pulmón y de mama.

Músculos y huesos en buen estado

Practicar ejercicio físico con regularidad fortalece los músculos, los tendones y los ligamentos, y aumenta la densidad ósea. Se ha descubierto que las actividades en las que soportamos nuestro propio peso (como correr, patinar y bailar) mejoran la densidad ósea durante la adolescencia, ayudan a mantenerla durante la edad adulta y retrasan la pérdida de masa ósea que se produce habitualmente con el paso de los años (osteoporosis).

Salud mental

Varios estudios demuestran que la actividad física mejora el bienestar psicológico, la forma en que afrontamos el estrés así como las funciones mentales (como la toma de decisiones, la planificación y la memoria a corto plazo), reduce la ansiedad y regula el sueño. Las pruebas obtenidas a partir de ensayos clínicos indican que la actividad física puede aplicarse en el tratamiento de la depresión. En cuanto a los ancianos, el ejercicio puede ayudar a disminuir el riesgo de padecer demencia e incluso Alzheimer.

Aumenta la esperanza y la calidad de vida

Se ha descubierto que la práctica regular de algún tipo de ejercicio alarga nuestra vida (al reducir el riesgo de contraer enfermedades) y mejora nuestra calidad de vida (preservando la salud mental y aumentando la flexibilidad y la autoestima). A medida que avanzan las investigaciones, se prevé que el papel de la actividad física con respecto a la salud y el bienestar adquiera más importancia que la que ha tenido en los últimos años.

Fuente: Consejo Europeo de Información sobre la Alimentación (EUFIC)



¿Cuánto ejercicio tenemos que hacer?

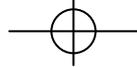
En otros tiempos, las recomendaciones en la materia sugerían que la mayoría de las personas debía llevar a cabo una actividad física intensa durante un mínimo de veinte minutos al día. Veinte años después, los científicos y profesionales de la salud se han dado cuenta de que este grado de actividad es excesivo para la mayor parte de la gente. Además, se ha descubierto que no necesitamos esforzarnos tanto para obtener los beneficios que el ejercicio aporta a nuestra salud.

Las nuevas recomendaciones elaboradas en el Reino Unido y EE.UU. prescriben sesiones regulares de una actividad de intensidad moderada. Así, caminar enérgicamente todos o casi todos los días durante unos treinta minutos ayuda a mejorar el bienestar físico y mental. El ejercicio físico en sesiones breves – por ejemplo, dos o tres sesiones de diez minutos cada una – es casi tan eficaz como hacer ejercicio de forma ininte-

rrumpida durante el mismo tiempo y es más fácil de adaptar al ritmo de vida actual. Para aquellos a quienes no les gusta o les resulta imposible hacer ejercicio de forma planificada, el hecho de evitar o reducir el tiempo dedicado a actividades sedentarias puede resultar igualmente beneficioso. Por ejemplo, el simple hecho de permanecer de pie durante una hora al día en lugar de sentarse a ver la televisión consume el equivalente a 1-2 kg. de grasa por año.

Las personas obesas deben elegir cuidadosamente el tipo de ejercicio que van a realizar, con el fin de evitar cualquier lesión de las articulaciones provocada por una práctica de actividades intensas en las que tengan que soportar su propio peso. La natación y el ciclismo son dos bue-





NOTICIAS • NOTICIAS • NOTICIAS • NOTICIAS • NOTICIAS



Dos nuevos fármacos para reducir el colesterol han sido recientemente comercializados en algunos países de Europa. Son la Ezetimiba y la Rosuvastatina. La EZETIMIBA (Ezetrol) representa el primero totalmente nuevo para reducir el colesterol que aparece en los últimos 15 años. Actúa a través de reducir la absorción

Nuevos fármacos para reducir el colesterol

Am J Cardiol 2002;90:1084. Eur Heart J 2003;24:685 y 729. Am J Cardiol 2003;91:33.

del colesterol en el intestino delgado. Cuando se usa solo puede reducir el colesterol-LDL en un 18%. Sin embargo, cuando se usa con otros fármacos hipolipemiantes, especialmente con las estatinas, los efectos en la reducción del colesterol son aditivos. Por ejemplo, el efecto reductor del colesterol-LDL de Ezetimiba 10 mg+Simvastatina 10 mg es equivalente al de Simvastatina sola a dosis de 80 mg.

La ROSUVASTATINA (Crestor) es una nueva estatina, más potente, que

puede bajar el colesterol-LDL hasta un 65%. Y por tanto, excede al de cualquier estatina actualmente disponible. Esto significa que la mayoría de las personas que necesitan reducir su colesterol, alcanzaran los objetivos con una dosis más baja que con otras estatinas. En resumen, estos dos nuevos fármacos para reducir el colesterol suponen un gran avance y serán especialmente útiles para poder controlar a los pacientes con hipercolesterolemia familiar.

La obesidad aumenta el riesgo de cancer

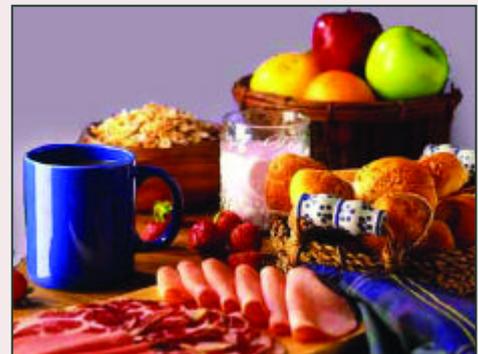


NEJM
2003;348:1625.

Un estudio realizado en Estados Unidos, con más de 900.000 hombres y mujeres, muestra que el sobrepeso y la obesidad contribuye al riesgo de morir, no solamente de enfermedad coronaria y diabetes, sino también de cáncer. Comparados con los que tienen un peso normal, las personas obesas presentan un riesgo mayor de morir a causa de diversos tipos de tumores. Entre los varones, a medida que aumenta el peso crece la probabilidad de morir por un cáncer de próstata y de estómago. En el caso de las mujeres, el incremento de peso aumenta la probabilidad de presentar tumores de mama, matriz, cuello del útero y ovario. Los autores estiman que se pueden prevenir muchas muertes por cáncer si los adultos pudiesen mantener un índice de masa corporal inferior a 25. Se destaca, que a pesar de que la obesidad es un factor de riesgo conocido, apenas existe conciencia de la necesidad de prevenirla.

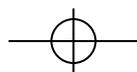
Un desayuno adecuado previene la obesidad y la diabetes

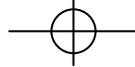
En la conferencia internacional sobre prevención y epidemiología cardiovascular ,celebrada en Miami, se ha presentado un estudio realizado con personas de ambos sexos de 25 a 37 años. Y en él se concluye que las personas que desayunan bien tienen menos probabilidades de desarrollar obesidad y el síndrome de resistencia a la insulina, un trastorno en el que existe sobrepeso, aumento de la glucemia, así como del colesterol y los triglicéridos e hipertensión arterial.



El desayuno, además de ayudar a mantener estables los niveles de glucosa en sangre, evita el riesgo de comer más cantidad a la hora del almuerzo o a la de la cena, lo que repercute negativamente en los niveles de glucosa y finalmente conduce a un exceso de peso y a la aparición de diabetes.

También esta demostrado que el rendimiento académico de los niños que desayunan correctamente es superior al de los niños que no desayunan o lo hacen mal. Por tanto, el desayuno debe aportar aproximadamente un tercio de las calorías que se requieren en un día.





CONGRESOS



Reunión en Portugal sobre HF

En el mes de Febrero se ha celebrado una Reunión Científica en Portugal coordinada por la Sociedad Portuguesa de Arteriosclerosis. La reunión se dedicó íntegramente a la Hipercolesterolemia Familiar. Se trataron aspectos clínicos y genéticos de la HF en Portugal. A esta reunión fue invitada la Fundación de HF de España. Y el Dr. Pedro Mata pronunció una conferencia sobre: "Estrategia para el Diagnóstico Clínico y Genético de la Hipercolesterolemia en España". En Portugal están interesados en formar una asociación de pacientes y una red de centros para facilitar la detección de la HF. Por esto, están muy interesados en la experiencia española y esperamos que este sea el inicio de una futura colaboración.

Reunión de la Sociedad Portuguesa de Arteriosclerosis, donde acudió invitada la Fundación HF

Santiago: I salón de la salud



I Semana de la Salud, celebrada en Santiago de Compostela

En el mes de Marzo se ha celebrado en Santiago de Compostela el I SALÓN INTERNACIONAL DE LA SALUD. Durante 4 días se han actualizado los grandes temas de la biomedicina y la sanidad. En una de las mesas redondas titulada: "La aportación de los medicamentos al control de la enfermedad coronaria", se puso de relieve el valor de los medicamentos como elemento esencial de la asistencia sanitaria en la prevención, control y tratamiento de la enfermedad cardiovascular, centrándose en el papel de la Hipercolesterolemia en la enfermedad cardiovascular. Además de los aspectos relacionados con la epidemiología, los nuevos métodos de diagnóstico por imagen de la lesión aterosclerótica, los nuevos tratamientos para reducir el colesterol y los costes de las innovaciones farmacológicas entre otros; se analizó también la futura utilización de un biochip para la detección de personas con hipercolesterolemia familiar (HF) y el papel de la participación del paciente con HF en las Redes de Investigación, recientemente creadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

La Fundación Hipercolesterolemia Familiar ha sido encargada de organizar un Curso sobre Hipercolesterolemia Familiar en el marco de los prestigiosos Cursos de verano de El Escorial, organizados por la Universidad Complutense de Madrid. Un honor y una responsabilidad que agradecemos y que servirá para divulgar aún más nuestra problemática y las tareas de nuestra Fundación. He aquí el programa del Curso:

CURSO DE VERANO DE EL ESCORIAL

Lunes, 7 de julio	Martes, 8 de julio	Miércoles, 9 de julio	Jueves, 10 de julio	Viernes, 11 de julio
10.00-12.00 Inauguración Conferencia Inaugural	Conferencia Hipercolesterolemias familiares: clínica y diagnóstico	Conferencia: Plan de detección de la Hipercolesterolemia Familiar en Holanda	Conferencia: El paciente informado y las decisiones compartidas	Conferencia: Medios de comunicación y prevención cardiovascular
12.00-14.00 Justificación del curso Objetivos del curso Presentación del Programa	Conferencia: La doble vía del colesterol: hacia la terapia de combinación en el tratamiento de la dislipemia	Conferencia: Diagnóstico genético de la Hipercolesterolemia familiar	Mesa Redonda: Implicación de los pacientes en las políticas de salud.	Conferencia de Clausura: Enfermedad cardiovascular: una visión de futuro
16.00. Conferencias: Registros de pacientes: ¿que nos aportan? Las redes de investigación como base de la prevención y de la mejora asistencial	Mesa Redonda: Control integral de la hipercolesterolemia	Mesa Redonda: Interacción genotipo-fenotipo: aspectos éticos, medicina predictiva y tratamiento individualizado	Mesa Redonda: Prevención Cardiovascular en las políticas sanitarias.	



Ley de cohesión y calidad de la Sanidad

UNA LEY PARA TODOS

TODOS, pacientes, profesionales y en definitiva todos los ciudadanos, estamos de enhorabuena. Este mes de mayo, tras su paso por el Senado, el Congreso de los Diputados aprobará la Ley Sanitaria de mayor calado desde la Ley General de Sanidad, de hace nada más y nada menos que diecisiete años: la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Si bien la primera de las leyes establecía los cimientos sobre los que se sustenta nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS), era necesario y por tanto una prioridad, disponer de un nuevo marco legal para cohesionar, articular y relanzar el SNS, para hacer frente a los nuevos retos y expectativas de sus principales actores, profesionales y pacientes/usuarios. En definitiva, ordenar lo que será la Sanidad del siglo XXI, afrontar con confianza el futuro de la Sanidad española y consolidar uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo.

Se trataba de dar cumplimiento a un compromiso del Gobierno que la Ministra de Sanidad, Ana Pastor, hizo firme como objetivo fundamental de su acción política al frente del Ministerio. Y se ha hecho de la mejor manera posible: con un grado de consenso inaudito en los tiempos que corren. Hemos de felicitar a la Ministra y a todos nuestros representantes políticos por su esfuerzo y el ejercicio de responsabilidad política que dicho consenso ha supuesto por encima de intereses partidistas, sin olvidar las aportaciones de sindicatos, asociaciones, y sociedades científicas.

La razón de ser de esta Ley es establecer el marco legal para las acciones de cooperación y coordinación de las Administraciones Públicas sanitarias, en el ejercicio de sus competencias, como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección a la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el SNS, los tres "ejes" fundamentales sobre los que gira la Ley.

Dichas acciones comprenderán: las prestaciones sanitarias, la farmacia, los profesionales, la investigación, los sistemas de información, la calidad, los planes integrales, la salud pública y la participación de ciudadanos y profesionales. Acciones cuyo seguimiento se encomienda a la Alta Inspección y, sobre todo, al Consejo Interterritorial, que se convierte con sus nuevas funciones en órgano básico de cohesión y en el verdadero eje del SNS.

Entre los aspectos relevantes e innovadores cabe destacar el capítulo dedicado a las prestaciones, ya que los ciudadanos dispondrán de una definición clara de su catálogo y sabrán a qué servicios tendrán derecho, teniéndose en cuenta para su elaboración "el cuidado de grupos menos protegidos o de riesgo". Por otra parte establece mecanismos para controlar mejor el gasto en el futuro, orientando dicho control a alcanzar una mayor rentabilidad en términos de ganancia de salud de los importantes recursos que se destinan al sistema sanitario y a la consecución de mayores niveles de equidad y calidad en el SNS.

Esta Ley establece la necesidad de mejorar los resultados en salud de la población, para lo cual introduce los llamados Planes Integrales de Salud sobre las patologías más prevalentes y responsables de una mayor carga de enfermedad como las Enfermedades Cardiovasculares, aspecto que desde la Fundación de Hipercolesterolemia Familiar vemos con el máximo interés.

A la Investigación dedica el texto otro capítulo, estableciendo que la innovación de base científica es esencial para el desarrollo de los servicios sanitarios y por tanto, para la efectiva protección de la salud de los ciudadanos. Para ello se fomenta el desarrollo conjunto en el SNS, de la investigación clínica y básica, incentivando el desarrollo del método científico y la toma de decisiones basadas en la evidencia. El Ministerio, en colaboración con las Comunidades Autónomas elaborará una Iniciativa Sectorial de Investigación en Salud para su integración en el Plan Nacional de I+D+I. Para la cooperación de los sectores público y privado en investigación sanitaria se creará la Comisión Asesora de Investigación en Salud.

La Ley reconoce a los profesionales como el principal activo y elemento esencial en la modernización y calidad de nuestro SNS, estableciendo respuestas en aspectos como la formación, el desarrollo profesional y la movilidad voluntaria.

Para los pacientes y ciudadanos en general se abren nuevas vías de participación en la toma de decisiones dentro del SNS. La participación social constituye una de las líneas estratégicas recogidas en el texto, para la cuál la Ley dedica un capítulo enriquecido tras su paso por la Cámara Alta. Para hacerla efectiva se crea el Consejo de Participación Social del SNS como cauce de comunicación permanente entre las Administraciones públicas sanitarias y los distintos agentes implicados: profesionales, sindicatos, organizaciones empresariales, sociedades científicas, consumidores y usuarios. Porque los valores que los ciudadanos exigimos ya no sólo se reducen a alcanzar los mejores resultados, sino garantizar la accesibilidad a los servicios, la seguridad, el flujo de una información transparente, una asistencia más humanizada, la calidad y, en definitiva, la garantía de equidad.

Jesús García - Cruces
Médico de Familia. Especialista en
Medicina Preventiva y Salud Pública



Redes temáticas de investigación

Las Redes Temáticas de Investigación Cooperativa, calificadas por la ministra de Sanidad Ana Pastor como "pequeña revolución en la investigación Biomédica", se han constituido como instrumentos de integración y cooperación entre investigadores básicos y clínicos. Y están financiadas a través del Instituto de Salud Carlos III.

De las 224 redes solicitadas se han aprobado para su financiación un total de 69. Entre estas se encuentra la titulada "Estudio genético, metabólico, clínico, terapéutico y epidemiológico de las hiperlipemias hereditarias en España", formada por dieciséis grupos pertenecientes a centros sanitarios y universitarios de siete comunidades autónomas, coordinados por Pedro Mata de la Fundación Jiménez Díaz de Madrid y presidente de la Fundación de Hipercolesterolemia Familiar (FHF).

El objetivo es estudiar los mecanismos moleculares y fisiopatológicos de las hiperlipemias hereditarias con el fin de conseguir un mejor diagnóstico y tratamiento de los pacientes con Hipercolesterolemia Familiar (HF) e Hiperlipemia Familiar Combinada (HFC). Para esto se ha iniciado un estudio de seguimiento y evaluación de familias con HF en España. El seguimiento prolongado de un amplio número de pacientes con HF nos per-

mitirá conocer en función de las características clínicas y genéticas, el riesgo cardiovascular así como la respuesta al tratamiento y en el futuro poder realizar tratamientos individualizados. En paralelo se iniciará el estudio de la HFC, cuyos mecanismos moleculares y su pronóstico están peor definidos.

En estos estudios se contará con la mayoría de centros sanitarios que forman el Grupo Español para el Estudio de las HF (ver web www.cholesterolfamiliar.com) y en el que están representadas todas las comunidades autónomas. Así, la unión entre la investigación básica con la clínica, nos permitirá conocer mejor y poder prevenir la enfermedad cardiovascular prematura en los pacientes con HF. De esta forma, la inversión en salud retornará en el bienestar de la sociedad.



Pacientes europeos de HF se reúnen en Madrid

Con el fin de avanzar en el desarrollo de la Red Europea de pacientes con Hipercolesterolemia Familiar (HF), tuvo lugar en Madrid, el pasado 8 de febrero, una reunión de Organizaciones de pacientes de Holanda (Bloed Link), Inglaterra (Heart UK) y España (Fundación HF). Los objetivos más importantes de la reunión, celebrada en la sede de la Fundación HF, fueron destacar la importancia del tratamiento farmacológico gratuito para todos los pacientes que sufren HF en Europa. Hay que destacar que a diferencia de España, en Inglaterra los pacientes que sufren HF consiguen el tratamiento farmacológico por 10 euros al mes.

En Holanda, el tratamiento hipolipemiante es gratuito. Mientras que en España, es muy caro, porque aún no ha entrado en vigor



Representantes de organizaciones de pacientes de Holanda, Gran Bretaña y España, ante la sede de la Fundación HF, en Madrid

APÚNTESE AL ESTUDIO DE LA FHF

La Fundación HF pretende realizar un seguimiento permanente de unas 1.000 familias españolas con hipercolesterolemia familiar. En relación al estudio de cohorte, hasta el momento participan 10 hospitales y se han incluido ya en el estudio más de 100 personas. Otras 60 personas se han contactado para su inclusión en las próximas semanas.

Si usted o sus familiares están interesados en participar en el estudio de seguimiento de las familias con hipercolesterolemia familiar, contacte con nosotros en:

Oficina de Coordinación del Estudio de Cohorte en Hipercolesterolemia Familiar

Teléfono: 91/504-22-06 91/409-04-16

e-mail: fundacionregistro@telefonica.net

el Real Decreto mediante el cual, los pacientes pagarán unos 3 euros al mes por sus medicamentos contra la HF heterocigota.

Además, el Gobierno Holandés ha aprobado un plan de detección nacional de la HF, en un plazo entre 8 y 10 años. El objetivo para el primer año es detectar 3000 casos, a través del diagnóstico genético.

También se hizo especial hincapié en la necesidad de consensuar Guías de actuación comunes en el tratamiento de las hipercolesterolemias familiares, tanto para adultos como para niños.

Receta de primave-

Primer plato: Pasta con champiñones

Ingredientes (para 4 personas)

- Pasta (200g), champiñones (400g), 1 cebolla pequeña (100g), aceite de oliva virgen extra (30ml)

Preparación

Cocer la pasta, en abundante agua hirviendo, hasta que esté al dente.

Ecurrirlos y colocar en una fuente. Lavar los champiñones y la cebolla y picarlos finamente. En una sartén se añade el aceite y cuando está caliente se añade la cebolla.

A fuego lento se va pochando la cebolla y cuando está lista se añaden los champiñones. Después de rehogar los champiñones con la cebolla durante unos minutos vaciar sobre la fuente de la pasta.

Remover todos los ingredientes

Utensilios

Una cacerola, una sartén, una fuente

Segundo plato: Lenguado con espárragos verdes a la plancha

Ingredientes (para 4 personas)

- Lenguado (4 unidades pequeñas = 100 g cada una), 250 g de espárragos verdes trigueros, un diente de ajo, 40 ml de aceite de oliva virgen extra.

Preparación

En una fuente para horno se añade la mitad del aceite y los lenguados.

Cuando el horno está ya caliente se mete la fuente con los lenguados durante 15 minutos hasta que el pescado esté hecho.

Mientras, en una sartén, se añade la mitad de aceite que nos queda.

Cuando el aceite está caliente se añaden los ajos y los espárragos verdes. Si los espárragos no están muy tiernos se pueden cocer previamente con agua antes de hacerlos en la sartén. Cuando presentan un color dorado retirar de la sartén y añadir sobre la fuente de los lenguados.

Utensilios

Una fuente de horno, una sartén, horno.

Postre: Ciruelas de temporada

Ingredientes (para 4 personas)

600 gr. de ciruelas rojas, verdes y amarillas

Preparación

Lavar las ciruelas y colocarlas en cuencos individuales procurando que en cada cuenco se mezclen las rojas con las verdes y las amarillas.

Utensilios

4 cuencos

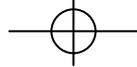
Comida tipo de un día, planificada para una dieta de 2000 kcal, con una distribución de principios inmediatos equilibrada, un aporte graso principalmente de origen monoinsaturado y un contenido bajo en grasa saturada y colesterol. Esta comida incluye 40 g de pan blanco (una pulga).

Si se tiene sobrepeso, se recomienda reducir las cantidades en aproximadamente un 20%.

Valor nutricional total del menú (por ración)

Energía	644 kcal
Proteínas	30 g (18%)
Hidratos de carbono	84,3 g (53%)
Grasas totales	21 g (29%)
Saturados	2,8 g (4%)
Monoinsaturados	14 g (19%)
Poliinsaturados	2,3 g (3%)
Colesterol	50 mg
Fibra	9 g

M. Garriga, C. Vázquez.
Unidad de Nutrición Clínica y
Dietética.
Hospital Ramón y Cajal.



Cartas

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.

Niños y colesterol

Me llamo María Castaño, tengo 43 años, y sufro hipercolesterolemia familiar heredada de mi padre, a quien también se la diagnosticaron con 30 años. Y las únicas recomendaciones que le dieron fueron: seguir una dieta sana, dejar el alcohol y el tabaco. Sufrió arterioesclerosis, angina de pecho y presentó 4 infartos, falleciendo por esta causa a los 54 años. También presentaron episodios similares mi abuelo paterno y dos hermanos de mi padre.

A mí me diagnosticaron esta enfermedad en el año 1978, con 19 años. Soy de constitución delgada, y nunca he bebido ni he fumado. En los primeros análisis el colesterol era de 410 mg/dl, y se me aplicó el mismo tratamiento que a mi padre: dieta, nada de huevos, nada de tabaco, ni bebidas alcohólicas. Fue a partir de 1992, cuando conseguí bajarlo después de ponerme en manos de un especialista y tomar estatinas.

En el año 1996 nacen mis dos hijos gemelos, conociendo mi historia familiar, el Servicio de pediatría me recomienda hacerles una analítica con 7 años. Y los resultados son los siguientes:

Juan Carlos:

Colesterol = 286 mg/dl y LDL = 203 mg/dl

Antonio:

Colesterol = 240 mg/dl y LDL = 158 mg/dl

A la vista de los resultados, me remitieron a diferentes servicios, hasta que decido llevarles a mi mismo médico. Y él, después de tener en cuenta los pros y los contras, decide que tomen atorvastatina. Después de repetirle la analítica al mes, los valores son normales, y según nos dice el médico, no hay afectación del hígado ni del tiroides, lo cual es bueno. Sin embargo, como se trata de niños, aún pequeños me preocupa la medicación. Y por eso me pongo en contacto con la Fundación.

María Soriano Castaño - Almería

Estimada María:

Como usted bien dice, el diagnóstico de hipercolesterolemia de usted y de su familia es indudable. La clara transmisión de padres a hijos queda de manifiesto en su familia. Además hay antecedentes de enfermedad cardiovascular prematura en sus familiares cercanos. Con respecto al tratamiento de sus hijos, las recomendaciones internacionales y también las de la Fundación, consideran como primer fármaco de elección a partir de los 6 años y dependiendo del riesgo cardiovascular familiar y del sexo del niño, a las resinas, ya que no se absorben y por tanto son seguras en los niños. Estas se administran antes en varones.

Aunque la respuesta a la atorvastatina ha sido buena, el uso de estatinas entre las que se incluye la que están tomando sus hijos, están contraindicadas en esa edad. Recientemente, la Agencia del medicamento de los Estados Unidos, ha aprobado el uso de estatinas en niños varones mayores de 10 años y en las niñas un año después de la aparición de la primera regla, y siempre que no

se controle su colesterol con dieta y resinas (ver tratamiento de la hipercolesterolemia en niños en el boletín nº 7). Además, existe una margarina enriquecida en esteroides vegetales (flora pro-activ) que puede conseguir un descenso en el colesterol de un 10%.

F.H.F.

Tratamiento infantil

Hola, soy Juani Martínez de Alcántara. Soy socia de la Fundación, y os escribo, porque por causas ajenas a mi voluntad, me han cambiado de médico. Hasta ahora me veía el especialista en el hospital de Murcia, y estaba perfectamente controlada. Sin embargo, ahora me han cambiado de médico y Centro, y no sé que pasará. Esto me preocupa bastante, porque estaba perfectamente atendida, y ahora tengo que volver a empezar.

También me preocupa mi hija de 8 años, porque el colesterol lo tienen siempre entre 325 y 350 mg/dl. Es una niña delgadita, que come poco, lleva dieta y hace ejercicio. El pediatra le recetó hace año y medio lovastatina, y ahora su colesterol es de 270. Pero he leído que a los niños menores de 12 años no es aconsejable darles estatinas. Quisiera que me aconsejaran. Muchas gracias.

Juani Martínez. Murcia

Estimada Juani:

Sentimos que le hayan cambiado el médico. Y en su caso el especialista, que durante tantos años le venía haciendo el seguimiento de la hipercolesterolemia. Si seguía tratamiento en una clínica de lípidos debe reclamar continuar en el mismo centro, ya que las personas con hipercolesterolemia familiar necesitan un seguimiento en un centro especializado.

Entendemos su preocupación por su hija de 8 años, que empezó tomando estatinas con 6 años. Pues usted efectivamente ha leído bien y a su edad esta contraindicado el uso de estatinas. En los boletines informativos de la Fundación, también hemos hablado del tratamiento de los niños. Y de forma muy amplia se ha tratado en el boletín Nº 7, al cual le remitimos y en el que se expresan las recomendaciones actuales en el tratamiento de los niños con hipercolesterolemia.

F.H.F.

Buscar el tratamiento adecuado

Estimados amigos:

Tan solo unas palabras para agradeceros de todo corazón vuestra ayuda incondicional.

Gracias a vuestro ánimo y apoyo he tenido fuerzas para seguir intentándolo una y otra vez. Y por fin, he llegado a una unidad especializada en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Severo Ochoa (Dra. Lacambra). La lucha ha sido dura,

pero lo he conseguido.

No voy a cansaros de nuevo con todas mis afecciones a consecuencia del colesterol, los triglicéridos, el azúcar y otras muchas cosas. Pero es que para mí, lo peor de todo era esa sensación de no poder llegar al sitio adecuado, donde me tratasen de forma integrada y sin tener que andar visitando a numerosos médicos. Ahora lo he conseguido y os escribo para que otras personas sigan mi ejemplo.

Con cariño,

Edel Garriga Villar -Madrid

Aportación reducida

Son muchas las cartas recibidas preguntando con preocupación sobre cuando se hará realidad la Aportación reducida. Así:

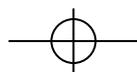
- María, de Burgos dice: "No entiendo para que existe la Comisión de Sanidad del Congreso. Si hace un año se aprueba por unanimidad, ¿A qué esperan?."
- Angelines, del País Vasco: "Los políticos no saben que en una familia, como la mía, el presupuesto para estatinas supone una parte importante de nuestros ingresos. ¿A dónde está la equidad y la igualdad social de la que tanto hablan?."
- Rafael, de Toledo: "¿Hasta cuándo habrá que esperar a la Aportación reducida?. Siempre pensé que la nueva Ministra de Sanidad, lo consideraría prioritario. Sin embargo, se está acercando el verano de nuevo, y seguimos igual, esperando."
- Isabel, de Andalucía: "No entiendo, porqué las personas que padecen SIDA, o diabetes, no tienen que pagar los medicamentos, y nosotros sí. ¿Además, no decían que ya se había aprobado el año pasado?". Espero que me digan algo.

Y así, cientos de personas hacen la misma pregunta, bien por teléfono o vía e-mail.

La respuesta a todos es muy clara: Desde que el día 10 de Abril de 2002 se aprueba en el Congreso la proposición no de Ley para la aportación reducida, no hemos parado de insistir a los políticos, y por supuesto al gabinete de Sanidad, de que los pacientes con HF, deben beneficiarse ya, de un derecho constitucional: el de la igualdad social. Y, como muy bien dicen los pacientes, la reciente Ley de Cohesión y calidad Sanitaria así lo manifiesta. Y la propia ministra Dña. Ana Pastor, ha adquirido el compromiso político con la Fundación de que el próximo mes de junio, la Aportación reducida será publicada en el BOE.

A finales de Abril se nos ha asegurado desde el Ministerio de Sanidad, que el real decreto que contempla la aportación reducida al tratamiento crónico de las personas con HF comenzará su tramitación en el mes de Mayo.

F.H.F.



Señales de aviso de un ataque cardíaco



- 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.

Nueva web de la Fundación

Vamos a estrenar una nueva web, que estará operativa el mes de mayo, en la misma dirección que la actual: www.colesterolfamiliar.com.

La nueva web tiene importantes cambios. En la forma, con una presentación más moderna. Y en el fondo, con nuevas secciones y servicios.

Entre ellos, información específica para médicos, a la que se podrá acceder con un password. Y una intranet para que los profesionales que colaboran con la FHF en las unidades de lípidos puedan introducir los datos de sus pacientes para el estudio de la cohorte. Y por supuesto, más noticias y estudios, junto a los artículos de este Boletín, material que se podrá "descargar" e imprimir.

Esperamos vuestros comentarios y sugerencias.



Consulte a su médico por e-mail

Cada día hay más pacientes que consultan a la Fundación a través del e-mail: colesterolfamiliar@terra.es. Ahora, la Fundación va a reforzar este servicio con la doctora Encarnación Martínez, especialista en medicina interna. Como experta, la doctora Martínez responderá a todas las dudas y consultas que se le planteen por e-mail, en esta "consulta virtual" de la Fundación.

Consejo editorial

Pedro Mata (médico y Presidente Fundación HF), Miguel Pocoví (genetista y vocal de la Fundación HF), Rodrigo Alonso (médico), María Teresa Pariente (secretaria de la Fundación HF), Javier Gilsanz (periodista y paciente)

Socios Protectores de la Fundación H.F.



ristol-Myers Squibb

