



No más retrasos

La Fundación Hipercolesterolemia Familiar (FHF) ha cumplido ya sus tres primeros años de vida, con más de 4.000 personas dados de alta y constantes llamadas diarias de pacientes, médicos y medios de comunicación. Puede decirse sin jactancia que nos hemos convertido en el referente a la hora de hablar de esta enfermedad en España. Y somos también un referente en Europa, ya que participamos activamente en crear una red europea de pacientes de HF, junto a Gran Bretaña y Holanda.

Todo esto lo hemos conseguido con hechos, no con palabras. Trabajando en la puesta en marcha del Primer Registro Nacional de Pacientes, con una base de datos de 2.000 personas, gracias a la colaboración de 70 unidades de lípidos de toda España. Otra realidad es el Mapa Genético del Colesterol en España, por comunidades autónomas, un proyecto iniciado por la Fundación en mayo de 1999 y que va a permitir conocer las mutaciones responsables de la HF en España, facilitando un tratamiento más personalizado de la enfermedad.

La tercera prioridad de la Fundación ha sido conseguir que el Gobierno apruebe la aportación reducida para los medicamentos que toman las personas que sufren hipercolesterolemia familiar heterocigota, unas 80.000 en toda España. Llevamos casi dos años de gestiones, pero por desgracia acabamos el año sin conseguirlo. Sanidad nos había prometido que aprobaría un real decreto antes de finales de 2001, pero el decreto no ha llegado. Ahora nos dicen que la aportación reducida se incluirá en un decreto más general, para abril/mayo del 2002. Y el Grupo Popular todavía no ha presentado en el Congreso la proposición no de Ley prometida hace un año a nuestra Fundación.

Desde aquí pedimos: no más retrasos. La Fundación acaba de enviar una carta a la ministra de Sanidad en la que le pide una entrevista para hablarle de nuestros proyectos y hacerle ver la urgencia de que se apruebe cuanto antes la aportación reducida. Casos como el de Araceli, esa ama de casa de Burgos que lleva un duro combate contra el colesterol, nos fuerzan a insistir: nos estamos jugando, en la prevención, la vida y la muerte de familias como la de Araceli. Hay que facilitar los tratamientos, tan costosos para familias como ésta. Y se da el contrasentido de que su hijo Diego, sí disfruta la aportación reducida para los medicamentos anti-rechazo, y no para las estatinas, que le están ayudando también a salvar su vida, evitándole un infarto.

Hacemos una llamada más a los políticos y a la Administración: hay que aprobar cuanto antes la aportación reducida para que 80.000 españoles y sus familias puedan luchar, como Araceli, contra esa bomba retardada que es la HF heterocigota. Así se salvarán muchas vidas ya ahorrará mucho dinero en hospitalización y cirugía de revascularización coronaria. No basta decir que se está por la prevención: hay que demostrarlo con hechos. Los esperamos.

Sumario

Personaje.....	2
¿Qué es...? La hipercolesterolemia familiar poligénica	3
Los tres colesterolos.....	4
Vigile su colesterol: Concentraciones deseables de lípidos en sangre	4
Congresos médicos	5
Noticias.....	5
Las unidades de lípidos	6
¡Camina!	7
Las estatinas son seguras	7
Genética y alimentación.....	9
Mitos y realidades en la alimentación	10
Ácidos grasos omega 3 y ácido oléico	13
Receta de invierno (Dieta 2000 kcal)	14
Cartas	15
Quiénes somos y qué hacemos.....	17
Consulte a su médico por e-mail.....	17
Señales de aviso de un ataque cardíaco	18
Señales de aviso de un ictus (trombosis o infarto cerebral)	18

Personaje

Araceli Andrés Sancha
Ama de casa, 58 años
Zahel, Burgos



El colesterol ha marcado la vida de Araceli y su familia. Hace 20 años, su primera hija, Marisol, murió de repente, con 8 años. Poco antes le habían detectado que tenía 1.000 de colesterol. Entonces mandó a su segundo hijo, Diego, de 2 años, a la Concepción. Los médicos le pidieron que mandara a su otra niña, Rocío, de 6 meses. Araceli tuvo que dejarles 8 meses hospitalizados en Madrid, tan niños, haciéndoles pruebas y varias operaciones. Problema: Araceli y su marido, Emilio, tenían hipercolesterolemia familiar heterocigota los dos.

Eran primos y sus dos familias tienen muchos muertos por infarto. Diego y Rocío se hicieron mayores yendo durante 15 años al hospital de la Concepción. Y hace cinco años les dijeron que sólo había una salida: un trasplante de hígado. A Rocío, ahora con 20 años, le ha funcionado. Pero Diego, con 22, tiene que tomar pastillas contra el rechazo y el colesterol, que tiene en 300.

A Gaspar (32), Ester (30) y Álvaro (24), otros tres hijos de Araceli, les ha aparecido el colesterol de mayores y toman pastillas. Sólo se ha librado Ignacio (17 años). “Yo estoy encima de todos,

insistiéndoles en las comidas, pero no siempre me hacen caso. Y les compro las pastillas, ya que de alguna manera tengo la culpa de lo que les pasa”, comenta Araceli, que pasa por una depresión. Ella y su marido, ganadero y agricultor, toman pastillas y se cuidan con la alimentación. Ahora, Araceli se preocupa de sus dos nietos, de uno y dos años. “Les van a mirar a ver”. De momento, Araceli ha ganado la batalla al colesterol: 11 a 1. Pero sabe que no pueden bajar la guardia: “Tendrían que cuidarse más”, se lamenta.

¿Qué es...?

La hipercolesterolemia familiar poligénica

Es la forma más común de hipercolesterolemia primaria y es la consecuencia de numerosos genes y su interacción con factores ambientales, especialmente una alimentación inadecuada. La coincidencia en una misma persona de varios genes que tienden a inducir elevaciones moderadas del colesterol plasmático, teóricamente daría lugar a una hipercolesterolemia poligénica (HP). La gran mayoría de personas con aumento en los niveles de colesterol tendrán una HP. Su frecuencia es de aproximadamente un 4% de la población adulta. Se calcula que en España afecta a más de un millón de personas.

Con frecuencia las personas con hipercolesterolemia poligénica tienen historia familiar de enfermedad coronaria prematura (angina, infarto de miocardio, etc) y antecedentes familiares de hipercolesterolemia.

Generalmente, en las familias de las personas afectadas la distribución media de las concentraciones de colesterol están más elevadas que en la población normal. Las personas jóvenes con hipercolesterolemia poligénica pueden tener las concentraciones de colesterol normales o ligeramente elevadas y la hipercolesterolemia se puede expresar más tardíamente, generalmente por encima de los 20 años.

¿Cómo se hace el diagnóstico de la HP?

El diagnóstico debe sospecharse en cualquier persona con cifras de colesterolemia de 270 a 320 mg/dl y con concentraciones de triglicéridos normales. Se puede asociar con hipertensión, obesidad y/o diabetes con el consiguiente aumento de desarrollar una enfermedad cardiovascular.

¿Cuál es el tratamiento de la HP?

El tratamiento de la HP debe incluir tanto el manejo de la hipercolesterolemia como el de los demás factores de riesgo que pueden estar presentes en la persona con HP. Los hábitos de vida sanos, como el control del peso corporal, la supresión del tabaco en los fumadores, y las medidas dietéticas englobadas en el concepto de alimentación mediterránea, son importantes ya que además de la reducción en el colesterol, tienen otros efectos beneficiosos sobre el sistema cardiovascular.

En algunas personas con una elevación moderada del colesterol, las medidas dietéticas con disminución del consumo de grasas saturadas, como lácteos enteros, embutidos, carnes grasas,

productos de bollería y platos precocinados entre otros, pueden ser suficientes para controlar el colesterol.

Si con las anteriores medidas no se ha conseguido un adecuado control de las cifras de colesterol se requiere tratamiento con fármacos, siendo el grupo de elección las estatinas.

Resumen diagnóstico de HF

- Concentración plasmática de colesterol entre 290 y 500 mg/dl, con concentraciones de triglicéridos generalmente inferiores a 200 mg/dl.
- Presencia de hipercolesterolemia en aproximadamente la mitad de los familiares de primer grado. Especialmente en niños.
- Antecedentes de enfermedad cardiovascular temprana (infarto de miocardio, angina, trombosis cerebral, etc.) en familiares de primer grado.
- Presencia de depósitos de colesterol (xantomas) en tendones aquileos y extensores de la mano.
- Descartar causa secundaria de hipercolesterolemia.

Los tres colesteroles

La hipercolesterolemia familiar es una enfermedad hereditaria que causa un aumento en los niveles de colesterol de la sangre. Los expertos estiman que un millón y medio de españoles tienen colesterol heredado. Y aproximadamente un 70 por 100 no está diagnosticado.

Pero hay tres tipos de colesterol heredado:

1. Hipercolesterolemia familiar grave (HF). Niveles de colesterol de 300 a 500 (mg/dl) con triglicéridos normales (menos de 200 mg/dl). Afecta a unos 80.000 españoles.
2. Hiperlipemia familiar combinada (HFC). Los pacientes pueden tener colesterol normal en la infancia y ser diagnosticados en la treintena. Suelen existir en una misma familia sujetos con colesterol y triglicéridos elevados. Afecta a unos 400.000 españoles.
3. Hipercolesterolemia poligénica (HP). El colesterol suele estar entre 250 y 320 mg/dl. Está producida por factores genéticos y ambientales, especialmente una dieta rica en grasa saturada. A menudo existen antecedentes familiares de infarto precoz y colesterol elevado. Afecta a un millón de españoles.

Vigile su colesterol: Concentraciones deseables de lípidos en sangre

A continuación se detallan los valores de lípidos en sangre, que se consideran deseables para la población general. No hay que olvidar, que cada caso en particular debe valorarse según el riesgo cardiovascular global de cada persona.

- Colesterol Total (CT) < 200 mg/dL
- Triglicéridos < 200 mg/dL
- Colesterol LDL < 130 mg/dL
- Colesterol HDL > 40 mg/dL.

- CT límite superior 200-239 mg/dl
- CT elevado: > 240 mg/dL
- Colesterol LDL elevado > 160mg/dL
- Colesterol HDL bajo < 40mg/dL

Congresos médicos

Durante el Congreso de la Asociación Americana del Corazón (AHA en inglés), celebrado en noviembre de este año, en Los Angeles, se han presentado los resultados de un importante estudio de prevención de la enfermedad cardiovascular. Este estudio realizado en el Reino Unido incluyó a más de 20.000 personas de ambos sexos entre 40 y 80 años y con alto riesgo cardiovascular. La utilización de Simvastatina (un fármaco habitual para reducir el colesterol) en una dosis de 40 mg/día reduce de forma muy significativa la incidencia de ataques cardíacos y cerebrovasculares (trombosis, infarto) en las personas en riesgo de sufrirlos, independientemente incluso del valor de sus niveles de colesterol en sangre.

Uno de los investigadores afirmó que este estudio probablemente cambiará la práctica de la medicina ya que los resultados fueron –al menos– tan importantes como los datos ya conocidos de la capacidad de la aspirina para prevenir el ataque cardíaco y cerebrovascular. De hecho, “las estatinas son la nueva aspirina” en palabras del investigador.

Además de los efectos beneficiosos no se detectaron efectos adversos peligrosos tales como daño muscular u otros durante los más de cinco años que duró el estudio.

Noticias

El tratamiento con estatinas mejora la función endotelial a largo plazo en pacientes con hipercolesterolemia familiar heterocigota

Atherosclerosis. 2001 Aug;157:423-429

Una adecuada función del endotelio (capa de células que recubre las arterias) es fundamental para prevenir el desarrollo de la aterosclerosis. Recientemente, un estudio realizado en España, en la Fundación Jiménez Díaz, ha descrito que los pacientes con hipercolesterolemia familiar heterocigota presentan una alteración importante en la función de las arterias (se dilatan poco) y que ésta dilatación mejora significativamente con el tratamiento con simvastatina en dosis de 40 a 80 mg/día. El efecto beneficioso se observó a los 3 meses y se mantuvo durante todo el estudio que duró un año. Además de reducir el colesterol, este estudio demuestra la importancia de un tratamiento a largo plazo en las personas con hipercolesterolemia familiar heterocigota para la prevención de la enfermedad cardiovascular.

La dieta mediterránea mejora la función endotelial en pacientes con Hipercolesterolemia

Ann Intern Med. 2001 Jun 19;134:1115-1119

Un estudio realizado en el Hospital Reina Sofía de Córdoba, ha investigado el efecto beneficioso que puede producir la alimentación mediterránea, caracterizada por un consumo abundante de aceite de oliva sobre la función endotelial. Para ello, se estudiaron a 22 personas con hipercolesterolemia que tomaron tres tipos de dieta: una rica en grasa de origen animal (saturada), la otra era pobre en grasa, y la tercera era rica en aceite de oliva. Los resultados demostraron por primera vez, que la dieta mediterránea rica en aceite de oliva mejora la dilatación de las arterias y confirman que los efectos beneficiosos de la dieta mediterránea van más allá de la reducción del colesterol.

Los niños obesos presentan arterias más rígidas, asociadas con disfunción endotelial

Lancet 2001;358:1400-1404

Diversos estudios han indicado que la aterosclerosis asociada a la obesidad puede comenzar en la infancia. Un estudio ha demostrado que la obesidad en los niños se asocia con rigidez arterial y disfunción endotelial. Estos hallazgos se asociaron con la obesidad de predominio abdominal y con la resistencia a la insulina presente en estos niños. Este estudio destaca la importancia de controlar la obesidad en los niños obesos para prevenir la enfermedad cardiovascular en la edad adulta.

Las unidades de lípidos

Una de las claves del trabajo de la Fundación de Hipercolesterolemia Familiar (FHF) es la colaboración que le prestan las Unidades de lípidos de numerosos hospitales de toda España. El 23 de octubre se reunieron en Madrid la mayoría de las 70 unidades de lípidos, la mayoría de hospitales públicos, de todas las autonomías, que ya trabajan con la Fundación. Era la sexta reunión que se celebraba desde la creación de esta red de colaboradores, en 1999. Las últimas en incorporarse este año han sido las Unidades de Canarias, Guadalajara, Elche o Álava.

Lo primero y más importante es que exista esta red de colaboración de 70 Unidades de lípidos. Un hecho que ha llamado positivamente la atención de las autoridades sanitarias, al ver a todas las autonomías empeñadas en un proyecto común. Un proyecto que trata de crear una red para la **atención especializada y personalizada** de los enfermos con hipercolesterolemia familiar en toda España. Una red que ha hecho posible la creación de un Registro Nacional de Pacientes con HF, con 2.000 personas ya inscritas, un caso por familia.

Lo que une a estos profesionales es **un protocolo común de recogida de datos** (siguiendo el programa internacional de la OMS) que acompañan a las muestras de sangre que toman de los pacientes y envían al laboratorio de la Fundación en la Universidad de Zaragoza, donde se realiza el estudio genético que ha permitido elaborar el primer mapa genético de la hipercolesterolemia familiar en España.

Estas Unidades de Lípidos no se suelen contemplar como tal en el organigrama de los hospitales y suelen estar integradas por internistas, endocrinos, médicos de familia y algún cardiólogo.

“Hay que reconocer el enorme trabajo que están realizando estos profesionales, que además de su labor asistencial habitual, están haciendo un trabajo extra al colaborar con la Fundación con este protocolo y el envío de muestras y datos. En el futuro vamos a tratar de que se reconozca su trabajo y se contemplen estas Unidades de Lípidos en el organigrama de los hospitales españoles”, comenta Pedro Mata, presidente de la Fundación Hipercolesterolemia Familiar.

En la reunión de octubre se estudiaron nuevas pautas de actuación común, tanto para fijar objetivos comunes en las cifras de colesterol que deben considerarse aceptables, así como en los tratamientos aconsejables. Y se abordó un nuevo objetivo para el año 2002 : iniciar el estudio de una cohorte de 1.000 familias a las que hacer un seguimiento de su colesterol y tratamiento a lo largo de su vida.

¡Camina!

(Remitido por la Asociación Familiar de Inglaterra)

Trabajando en la Family Heart Association, he adquirido una mayor conciencia de los beneficios de la “comida sana” y del “ejercicio físico”. He añadido a la lista de la semana una necesidad más: la energía de caminar.

No lo hago como si se tratara de una sesión. Salgo a caminar con Val Lunn. Ella, fue quién inició esta actividad, que ahora lleva la Agencia Countryside. Val camina al menos seis veces a la semana. A los nuevos participantes les exige rellenar un cuestionario médico antes de empezar a caminar. También quiere conocer sus aptitudes físicas. Insiste especialmente en que el calzado debe ser apropiado. Los paseos se cronometran y a los “caminantes” se les anima a ir más rápido o más despacio según su capacidad física.

Lo maravilloso de caminar es que la mayoría de la gente puede hacerlo, y en cualquier parte. No se necesita ni un equipo costoso ni elegante. Cada cual puede caminar a su propio ritmo. Las últimas recomendaciones dicen que caminar a buen paso durante 30 minutos, cinco veces a la semana produce muy buenos beneficios cardiovasculares. Para conocer su frecuencia cardíaca (número de pulsaciones), se recomienda la regla siguiente: se resta la edad a una cifra constante que es 220. El objetivo sería alcanzar el 75% de la cifra resultante. Por ejemplo, si tu tienes 50 años, tu objetivo sería el 75% de 170, luego las pulsaciones recomendadas serían 127. Sin embargo, durante las primeras seis u ocho semanas, el objetivo debe ser alcanzar el 50% , para ir aumentando gradualmente. A los 70 años, el número de pulsaciones será de 75 en las primeras seis semanas, para alcanzar 113 cuando se esté mas entrenado.

Caminar es divertido y si lo hacemos con amigos aún más. Es muy agradable despedirse uno diciendo, ¡Nos vemos mañana! Y sobretodo cuando caminas en compañía te da una mayor seguridad.

Donde quiera que estés, recuerda que si no puedes hacer cualquier otro deporte, caminar siempre se puede. Sólo tienes que moverte ¡Usa esas piernas!

Las estatinas son seguras

La retirada del mercado mundial el 8 de agosto por Laboratorios Bayer de su producto contra el colesterol cerivastatina (Lipobay), comercializado también en España con los nombres de

Liposterol, Vaslip y Zenas Micro, ha creado una gran preocupación en las personas que utilizan las estatinas.

La medida se ha tomado después de haberse registrado en todo el mundo 1100 casos de personas con efectos adversos graves. En España y según el Ministerio de Sanidad, se han producido 82 casos con 6 personas fallecidas posiblemente por la toma de cerivastatina. Generalmente, los efectos adversos graves son más frecuentes en personas mayores con enfermedades crónicas y polimedicadas. Aunque los efectos adversos se han descrito con cerivastatina, generalmente con dosis altas, en el 60% de los casos, las personas afectadas tomaban cerivastatina asociada con gemfibrozilo (especialmente utilizado para disminuir los triglicéridos). Es conocido que la asociación con gemfibrozilo aumenta las concentraciones en sangre de la cerivastatina, y por tanto, el riesgo de efectos adversos.

¿Qué es la rabdomiolisis? y ¿Cuáles son sus síntomas?

La **rabdomiolisis** es la consecuencia más grave dentro de un espectro de efectos adversos a nivel muscular que pueden ir asociados con todas las estatinas. Generalmente, estos efectos más graves pueden detectarse a través de la determinación en sangre de la enzima creatín-fosfoquinasa (CPK), aceptándose que valores superiores a 10 veces los normales, son indicativos de un proceso clínico grave. La rabdomiolisis es un proceso patológico que consiste en la rotura de las células musculares y liberación de su contenido a la circulación sanguínea. Entre los síntomas de este trastorno se incluye dolor muscular, debilidad, malestar general, orina oscura, náuseas y vómitos. El dolor puede afectar a determinados grupos musculares específicos, o bien, ser generalizado en todas las regiones corporales. Los grupos musculares afectados con mayor frecuencia son los músculos de las pantorrillas y de la región lumbar. Con menor frecuencia, el cuadro se agrava y los pacientes llegan a presentar insuficiencia renal y fallo de otros órganos, que en ocasiones, llega a ser fatal. Con la suspensión del fármaco y un tratamiento rápido en un hospital, los pacientes pueden recuperarse completamente.

Aunque muy infrecuente, se puede asociar con el uso de las estatinas. Análisis basados en datos de la Agencia Americana del Medicamento (FDA) han observado que cerivastatina tenía 88 casos de rabdomiolisis por cada millón de recetas, mientras que el resto de estatinas están por debajo de 3,6 casos por cada millón de recetas. En palabras de las Agencias del Medicamento, “si se da un efecto adverso inesperado en cada 25.000 casos, se trata de un riesgo asumible”.

¿Existen motivos de preocupación con la seguridad de las estatinas?

Las estatinas están comercializadas desde hace 15 años, y actualmente las toman más de 50 millones de personas en todo el mundo. La más reciente en ser comercializada es la cerivastatina (1998). Las estatinas inhiben la producción hepática de colesterol, con lo que reducen sus niveles en sangre. De este modo, disminuyen el tamaño de la lesión aterosclerótica en la pared vascular. En la última década, han supuesto una revolución en la prevención de la enfermedad cardiovascular (angina, infarto de miocardio, trombosis cerebral, etc.) demostrando en numerosos estudios de intervención con miles de pacientes que disminuyen no solamente la mortalidad cardiovascular, sino además la mortalidad total. En estos estudios, se ha demostrado que la tolerancia en general es buena y no se ha observado aumento en la incidencia de rabdomiolisis.

¿Se han retirado del mercado otras estatinas?

A la vista de estos datos, la Agencia Española del Medicamento, así como las Agencias internacionales, no han considerado el tomar ninguna acción reguladora respecto al resto de estatinas comercializadas. Por lo tanto, la recomendación oficial es que los pacientes que estaban tomando cerivastatina, acudan a su médico para que les cambie el tratamiento. Respecto a las personas que siguen tratamiento con otras estatinas, recordarles que con un adecuado control, su uso es seguro. Por lo tanto, deben continuar el tratamiento, ya que en muchas ocasiones la suspensión puede aumentar el riesgo de presentar una enfermedad cardiovascular.

La frase

“Los beneficios de las estatinas en la reducción del colesterol están bien documentados en numerosos ensayos clínicos. Millones de pacientes han tomado estatinas con toda seguridad en los últimos 15 años”

“Las estatinas son para la arterioesclerosis lo que la penicilina ha sido para las enfermedades infecciosas”

Dr. Roberts (EEUU)

Genética y alimentación

¿Qué ocurre con el colesterol que ingerimos en nuestra dieta?

Determinados alimentos de origen animal que habitualmente tomamos en nuestra dieta contienen importantes cantidades de colesterol, como es el caso de las vísceras y sesos, la carne y la yema del huevo. Por otra parte, otros componentes de la dieta no contienen colesterol, como son los vegetales, los cuales contienen unas sustancias muy parecidas al colesterol denominadas esteroides vegetales. Tanto el colesterol como los esteroides vegetales son absorbidos en el intestino delgado, pero solo una pequeña cantidad de los esteroides y un porcentaje variable de colesterol pasa a la sangre, el resto es devuelto al intestino y eliminado por las heces. El colesterol de la dieta que pasa a la sangre es transportado por unas partículas, las lipoproteínas, al hígado. A su vez el propio hígado también fabrica colesterol a partir de la grasa saturada de la dieta. La única forma que tenemos de eliminar el colesterol es a través de la bilis.



Recientemente se han descubierto dos genes, *Abcg5* y *Abcg8*, que regulan la absorción intestinal de colesterol y su eliminación por la bilis. Estos genes producen dos proteínas que se unen y forman un transportador, el cual es el encargado de impedir que pasen a la sangre los esteroides

vegetales y que solo una parte del colesterol de la dieta alcance el torrente sanguíneo. Otra misión que tiene este transportador es la de regular la eliminación del colesterol por la bilis.

Estos genes presentan variaciones importantes entre los individuos que hace que unos absorbamos mas o menos colesterol de la dieta y que eliminemos mas o menos colesterol a través de la bilis. Esta es una de las causas por las que el colesterol y la grasa de la dieta no eleva de manera similar el colesterol de la sangre en las personas.

El descubrimiento de estos genes abre nuevas vías de investigación en la búsqueda de fármacos que actuando sobre estas proteínas permitan reducir el nivel de colesterol de la sangre. A su vez el análisis futuro de estos genes permitirá identificar a personas que tengan una mayor predisposición a tener el colesterol elevado y por tanto un mayor riesgo cardiovascular.

Frutos secos

Son alimentos que tienen un efecto beneficioso en la salud, especialmente, en la prevención de la enfermedad cardiovascular. Son ricos en grasas insaturadas y cuando reemplazan a otros alimentos ricos en grasa animal disminuyen el colesterol. Sin embargo, hay que tener en cuenta que su alto valor energético lo desaconseja en personas con tendencia al sobrepeso. No hay que olvidar que 100 gramos de fruto aportan 600 Kcal. Y si se incorporan a la dieta como “alimento adicional”, el aporte energético va a incrementarse. Sin embargo, podrían intercambiarse por una ración proteica. Además hay que destacar que la ingesta de cacahuets debe limitarse, ya que son más ricos en grasa saturada. También hay que evitar el consumo de frutos secos “procesados” y salados, para prevenir la hipertensión.

Mitos y realidades en la alimentación

¿Qué es la soja?

La soja es una leguminosa introducida recientemente en los países occidentales. Y se utiliza en la fabricación de alimentos industriales. La producción de soja ocupa actualmente, un destacado lugar en el mercado de productos proteicos de origen vegetal, por la escasez de materia grasa y su mayor contenido proteico.

La soja, es fuente de isoflavonas, a las que nos referimos habitualmente como fitoestrógenos, o estrógenos vegetales, porque tienen efectos similares a las hormonas de estrogénos en algunas partes del cuerpo, mientras que en otras actúan como antihormonas. Las isoflavonas o fitoestrógenos se encuentran casi exclusivamente en las legumbres, y se distribuye en las hojas, raíces y semillas. Sabemos que la soja es una importante fuente de isoflavonas en la dieta.

La soja en la alimentación

La soja es un alimento tradicional de Asia, mientras que en Occidente, el grano de soja se ha convertido en una materia prima industrial, y se utiliza en la fabricación y preparación de diversos alimentos industriales, fundamentalmente, en forma de ingredientes producidos a partir del grano. Esencialmente aporta lípidos, proteínas y minerales. Y algunos de sus componentes como las isoflavonas podrían tener efectos beneficiosos. Sin embargo, el eventual interés de estos compuestos no debe hacer olvidar el papel fundamental que tiene una alimentación equilibrada y variada.

El grano de soja posee un elevado contenido proteico (alrededor de un 40%). También se caracteriza por tener un elevado contenido lipídico (20%). El aceite de soja, de muy escaso consumo en los países occidentales es fuente de ácidos grasos poliinsaturados, esenciales, sobre todo el ácido linoleico y ácido alfa-linolénico.

¿Posee la soja propiedades preventivas?

El sector industrial ha iniciado estudios con el fin de demostrar las propiedades “protectoras” que poseen ciertas fracciones del grano de esta leguminosa. Los compuestos estudiados se encuentran en las fracciones lipídica y proteica de las fibras y sobre todo, en algunas moléculas concretas procedentes de los metabolismos secundarios de los vegetales. Las isoflavonas de la soja despiertan mucho interés, no sólo por su actividad estrogénica o antiestrogénica, sino también, por sus propiedades antioxidantes.

¿Tiene la soja efecto protector en la menopausia?

Estudios recientes, indican que las isoflavonas pueden actuar como estrógenos mucho más débiles que los estrógenos humanos. Estas isoflavonas podrían compensar la pérdida de estrógenos en las mujeres, y posiblemente reducir los síntomas de los sofocos propios de la menopausia. En Japón donde se toma mucha soja, no existe término para definir los sofocos, y las mujeres apenas sufren menopausia.

¿Tiene la soja propiedades hipocolesterolemiantes?

También, se vienen estudiando las propiedades hipocolesterolemiantes de diversos productos vegetales y en particular las de la soja. Parece demostrado que la soja reduce los niveles de colesterol circulante, disminuyendo la fracción LDL (fracción aterogénica). Esta propiedad se debe en gran medida a las isoflavonas a través de sus efectos estrogénicos y/o antioxidantes, aunque también la fracción proteica de la soja parece ejercer su propio efecto. Cuando se han administrado isoflavonas puras en pastillas, en ensayos clínicos con pacientes, los niveles de colesterol no se alteraban.

Algunos investigadores destacan la composición de la proteína de soja, para explicar sus posibles efectos beneficiosos, mientras que otros sugieren que el efecto está en la combinación de proteína y las isoflavonas.

La FDA (Food and Drug Administration) Americana, en Octubre de 1999 dio su autorización para que en Estados Unidos, los productos que contienen soja puedan alegar su efecto reductor del riesgo cardiovascular. Esta reducción significaría una media en el LDL o colesterol malo de un 10%.

¿Qué piensan los investigadores?

Todos están de acuerdo en la necesidad de profundizar y conocer mejor los efectos de cada uno de sus componentes. Mientras tanto, hay que evitar los suplementos de isoflavonas, ya que en dosis altas pueden producir problemas. Además, no espere milagros. Y lo que sí debe hacer es: aumentar las frutas, verduras, cereales y legumbres. Sin olvidar el aceite de oliva como principal fuente de grasa en la dieta mediterránea. Además, debe realizar ejercicio físico, evitar el sobrepeso y dejar de fumar.

Como conclusión: no espere beneficiarse de la soja si la añade a una dieta rica en grasa y carnes rojas; ni tampoco, si la utiliza como única fuente proteica. La dosis recomendada sería de unos 25 gramos al día.

Qué debemos conocer de los antioxidantes

Estas sustancias pueden ser importantes en la prevención de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y el envejecimiento. La dieta Mediterránea contiene una cantidad importante de antioxidantes como las vitaminas A, C y E y otros como los polifenoles. Estos antioxidantes se encuentran en el aceite de oliva virgen, frutas, verduras, frutos secos, cereales integrales, legumbres y en el vino.

Existe la teoría que las vitaminas A, C y E previenen la oxidación de la grasa en las paredes de las arterias y pueden prevenir el desarrollo de aterosclerosis y la posterior formación de la trombosis. La supuesta bondad de los antioxidantes en la prevención de la enfermedad cardiovascular ha conducido a crear unas expectativas exageradas en el consumo de vitaminas antioxidantes en forma de pastillas. Sin embargo, recientes estudios han demostrado que el consumo de elevadas cantidades de vitaminas antioxidantes en forma de pastillas no sirven para prevenir la enfermedad cardiovascular e incluso su uso en dosis elevadas puede ser peligroso para la salud. Otros estudios poblacionales si han demostrado su utilidad cuando su consumo se deriva de alimentos como frutas, verduras y aceite de oliva.

En conclusión, no se recomienda la utilización de vitaminas antioxidantes en forma de pastillas, ya que las necesidades de estas vitaminas pueden obtenerse de una alimentación equilibrada como la que aporta la dieta mediterránea.



Lecticina

Las lecitinas son sustancias grasas que pertenecen al grupo de los fosfolípidos. Se encuentran en los tejidos animales, especialmente en el tejido nervioso, en el hígado y en la yema del huevo. Son constituyentes principales de las membranas celulares y de las lipoproteínas que transportan el colesterol y los triglicéridos. Se producen también durante el tratamiento de los aceites comestibles como el de soja. La lecitina de soja se usa como agente emulsionante en la preparación industrial de los alimentos ricos en grasa.

¿Ayuda a bajar el colesterol la lecitina de soja?

Aunque está muy extendida la idea de que su uso baja el colesterol, los numerosos estudios médicos no han demostrado un efecto reductor del colesterol. Los efectos reductores del colesterol atribuidos a la lecitina, se deben en realidad, a otros componentes de la soja, tal y como hemos indicado anteriormente. Por lo tanto no se deben consumir preparados de lecitina de soja para controlar el colesterol.

Ácidos grasos omega 3 y ácido oléico

La grasa 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.

Los ácidos grasos omega 3 no pueden ser sintetizados por el organismo humano y únicamente se obtienen a través de la alimentación. Se encuentran en pequeñas cantidades en algunos aceites vegetales y plantas, siendo su fuente principal los pescados azules. Estos ácidos grasos ejercen sus efectos beneficiosos tanto sobre los factores de riesgo cardiovascular como sobre el propio corazón. Pueden disminuir los triglicéridos, modifican la composición de las membranas celulares, previenen la trombosis, mejoran la presión arterial y producen dilatación arterial, tienen un efecto antiinflamatorio, y previenen la arritmia y el paro cardíaco en los pacientes con enfermedad coronaria. El consumo diario de omega-3 debería ser de 1 a 1,5 g/día. Este mayor consumo de ácidos grasos omega-3 puede provenir de cambios en la dieta, aumentando el consumo de pescados (especialmente los azules), o bien del aporte de suplementos de estos ácidos grasos, según la preferencia de la persona. No se aconseja la toma de capsulas de omega-3. Una alternativa mas agradable es tomar alimentos funcionales enriquecidos en estos ácidos grasos como galletas y leche.



El ácido oleico, compuesto mayoritario del **aceite de oliva**, es el ácido graso monoinsaturado más importante. Su función la ejerce en las membranas celulares, donde además de formar parte de su estructura, las protege de los procesos de oxidación y envejecimiento. Los mecanismos por los que el aceite de oliva tiene efectos beneficiosos sobre la salud se resumen a continuación. Mejora el perfil lipídico elevando el colesterol bueno (HDL) y reduciendo el malo (LDL), reduce la oxidación de los lípidos, disminuye el riesgo de aterotrombosis, mejora la presión arterial y la dilatación de las arterias, y ayuda a prevenir el desarrollo de diabetes.

Recomendaciones para la prevención de la enfermedad cardiovascular

Actualmente nos enfrentamos a un problema de calidad de nuestra alimentación. Tiene un exceso de grasa saturada debido al elevado consumo de carnes, embutidos, bollería industrial, platos precocinados y lácteos enteros y tiene un exceso de ácidos grasos poliinsaturados omega-6 frente a los omega-3. Por tanto, nuestro objetivo es volver a conseguir un equilibrio en nuestra

alimentación. Para esto, debemos volver a la **Dieta Mediterránea**, con un elevado contenido en frutas, verduras, legumbres, cereales integrales, y que incluye pescado, frutos secos con moderación y productos lácteos bajos en grasas. Debe usarse el aceite de oliva (especialmente el virgen) como principal fuente de grasa. Una alimentación adecuada tipo mediterránea y un estilo de vida saludable, como realizar actividad física, mantener un peso adecuado, y evitar el consumo de tabaco, pueden reducir a la mitad el riesgo de enfermedad cardiovascular. Además, la dieta Mediterránea se asocia también con una menor mortalidad por cáncer y las poblaciones que la consumen tienen una mayor longevidad.

Receta de invierno (Dieta 2000 kcal)

Verbena de verduras

Ingredientes (para 4 personas)

- 1 calabacín
- 1 berenjena
- 1 cebolla
- 1 manojo de espárragos trigueros
- 150 g de champiñón
- 4 alcachofas

Elaboración

Cortar todas las verduras en rodajas finas y la cebolla en juliana. Si no tenemos plancha se puede utilizar una sartén grande, calentándola con unas gotas de aceite. Añadir poco a poco todas las verduras.

Presentar en un plato hondo.

Utensilios

- Una cacerola

Pollo con ciruelas y pasas

Ingredientes (para 4 personas)

- 500 g de pechuga de pollo
- 40 ml de aceite de oliva
- 40 g de pasas
- 100 g de ciruelas secas
- 1 limón
- 400 g de patatas

Elaboración

En aceite caliente, sofreír el pollo hasta que esté bien dorado; añadir las pasas y las ciruelas. Dejar cocer a fuego lento con el zumo de un limón y medio vaso de agua.

Introducir la patatas en el horno envueltas en papel de aluminio durante 30 minutos.

Servir todo en un plato plano con las patatas asadas de guarnición.

Utensilios

- Sartén
- Horno
- Papel albal

Batido de yogur con frutas

Ingredientes (para 4 personas)

- 4 yogures desnatados
- 200 g de manzana
- 200 g de plátano

Elaboración

Se trocea la fruta en dados pequeños, añadir el yogur y mezclar. Presentarlo en una copa.

Utensilios

- Una fuente
- Copas

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 (19,5% de los lípidos totales) y un contenido bajo en grasa saturada y colesterol. Esta comida incluye 30g 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)		
		% Kcal
Energía:	660 Kcal	
Proteínas	28 g.	17%
Hidratos de Carbono	85 g.	51%
Grasas Totales:	23,4 g.	32%
- Saturados	4 g.	5%
- Monoinsaturados	15 g.	20%
- Poliinsaturados	3 g.	4%
Colesterol	69 mg.	
Fibra	14 g.	

M.M. Ruperto, C. Vazquez
Sección de Nutrición clínica y dietética
Hospital Ramón y Cajal

Cartas

Contribuir a la causa.

Soy socio de la Fundación Hipercolesterolemia Familiar, y recibo su boletín informativo. Y me he tomado la libertad de preparar un pequeño informe sobre la Fundación, donde recojo la

importancia del proyecto que ustedes están desarrollando y sobre todo el apoyo que nos ofrecen. Este informe, se lo pasaré a mis familiares y amigos afectados de hipercolesterolemia. Si reciben noticias de ellos estaré contento de “contribuir a esta causa”.

Ahora quiero resumirles mi historia médica. Tengo 50 años y mi colesterol está elevado desde hace 10 años. Estoy en tratamiento con simvastatina 20 mg/día, y en un análisis reciente, tengo Colesterol 219, Triglicéridos 465 y HDL 29. En un análisis anterior, los triglicéridos estaban en 271. También tengo Hipertensión desde hace 5 años que controlo con fármacos. Además, tengo un sobrepeso importante, y en las analíticas existe un aumento de la glucosa y del ácido úrico. Tengo 5 hermanos, y 3 de ellos, también tienen elevado el colesterol, y algunos también los Triglicéridos. Y mi madre falleció a los 50 años de un infarto de miocardio.

Por un ligero aumento de las transaminas (GPT 45), mi médico me ha recomendado tomar las estatinas en días alternos. Sé, que soy una mini-bomba andante, pero estoy empezando a cuidar mi dieta y realizar ejercicio para perder peso.

Tengo varias preguntas:

¿Por qué varían tanto los triglicéridos? ¿Por qué no me sube el colesterol “bueno” HDL? ¿Debo tomar la medicación en días alternos?

Un saludo,

*Miguel Angel Frattarola.
Barcelona*

Estimado amigo:

En primer lugar queremos felicitarle por su buena disposición a cambiar sus hábitos de vida para controlar el colesterol, el sobrepeso, y por añadidura la hipertensión. Nunca es tarde para empezar, además los resultados son inmediatos. También, aplaudimos su iniciativa de difusión de la Fundación.

Usted tiene una Hiperlipemia Familiar combinada (ver Boletín Nº 4). Esta hiperlipemia, además de un aumento de colesterol, cursa habitualmente con niveles altos de triglicéridos y bajos de HDL. También se asocia con hipertensión, diabetes y puede presentar hígado graso (infiltración de grasa). Muchas veces la elevación de las transaminasas se produce por el mencionado hígado graso y no por la medicación.

En la hiperlipemia familiar combinada, los triglicéridos pueden variar ampliamente de un análisis a otro, especialmente si hay cambios en la alimentación y en el peso.

Debe seguir el tratamiento farmacológico diariamente. Los hábitos de vida sanos, como una alimentación adecuada, perder peso y realizar ejercicio físico es fundamental. Además, debe evitar el consumo de alcohol, que favorece el aumento de los triglicéridos. Con estas medidas pueden bajar los triglicéridos, la glucosa y el ácido úrico y subir el HDL. También, la hipertensión podrá controlarse mejor.

F.H.F.

Sobre la aportación reducida

He recibido el boletín de junio y me permito darles mis mejores felicitaciones por esas “Dos conquistas”, y toda la labor de futuro que están realizando para tantas personas. Sin lugar a dudas “ESTAMOS DE ENHORABUENA”.

Sobre la posible aprobación de aportación reducida, me permito sugerir que las gestiones no sólo se enfoquen para personas afectadas al Régimen General de la Seguridad Social, sino cualquier otro, como puede ser el caso de los funcionarios (entre los que me encuentro) Muface.

Muy agradecido. Un cordial saludo,

Rafael Guerrero López.

Córdoba

Estimado amigo:

Muchas gracias por sus estimulantes palabras. Seguro que su carta va a servir de estímulo a todas las personas que colaboran y apoyan este proyecto.

La aportación reducida será muy pronto una realidad. Y, por supuesto, estamos de acuerdo con usted, en que debe hacerse extensible a todas las personas, independientemente de su cobertura sanitaria. Actualmente, ya, estamos iniciando conversaciones con otras entidades no incluidas en el Régimen General de la Seguridad Social.

F.H.F.

Quiénes somos y qué hacemos

La Fundación Hipercolesterolemia Familiar es una institución privada benéfico–asistencial, integrada por pacientes y profesionales sanitarios para detectar a las familias con Hipercolesterolemia heredada o de base genética, y ayudar a prevenir la enfermedad coronaria prematura (angina, infarto). Está especializada en los trastornos de los lípidos plasmáticos, como la hipercolesterolemia familiar y la hiperlipidemia familiar combinada, así como en los aspectos dietéticos y otros hábitos de vida implicados en el manejo de estos trastornos.

La Fundación HF está comprometida en la detección precoz de las familias con trastornos genéticos del colesterol. Entre sus objetivos están la promoción de la investigación de su origen genético, la educación y el apoyo a las familias afectadas, así como contribuir en la formación a médicos y otros profesionales de la salud.

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

Se hacen más de 20 consultas a la semana y se dispararon con la retirada de la cerivastatina. Ahora, la Fundación va a reforzar este servicio con la doctora Encarnación Martínez, especialista

en medicina interna y que además tiene hipercolesterolemia familiar heterocigota. Como experta y como paciente, la doctora Martínez responderá a todas las dudas y consultas que se le planteen por e-mail, en esta “consulta virtual” de la Fundación. Además, cualquiera puede informarse en nuestra página web (www.cholesterolfamiliar.org), que acaba de superar las 13.000 entradas y que es un escaparate y punto de encuentro de nuestra Fundación con la sociedad.

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.