



Sumario

El estrés, otro factor de riesgo cardiovascular	2
Personaje.....	4
Noticias sobre nutrición	5
Congresos médicos	7
Noticias.....	9
El paciente del futuro.....	11
Nueva cocina y salud.....	12
Reunión de Unidades de Lípidos en Madrid	12
Receta de invierno	13
Cartas	15
Quiénes somos y qué hacemos.....	17
Consulte a su médico por e-mail.....	17
Christmas y feliz 2003	18
Señales de aviso de un ataque cardíaco	18
Señales de aviso de un ictus (trombosis o infarto cerebral)	18

El estrés, otro factor de riesgo cardiovascular

El estrés es difícil de medir, pero resulta indudable que es otro factor más de riesgo cardiovascular y por ello tiene implicaciones en la salud. En ocasiones, el estrés laboral se asocia con unos índices de colesterol más elevados y un mayor sobrepeso.



El estrés, en sus diferentes grados, forma parte de nuestra vida diaria y todos lo experimentamos en su forma positiva o negativa. Solo cuando la respuesta normal al estrés se hace intensa o prolongada puede ser nocivo para la salud.

¿Es el estrés una enfermedad?

El estrés no es una enfermedad en sí, pero sí puede desencadenar en el organismo reacciones graves. Durante los últimos años, parece que nuestras vidas van más rápidas, y las demandas también son mayores que antes. A pesar de que los medios se han mecanizado en muchos casos, y que la era de la electrónica debería suponer un alivio, todo el mundo se queja de estar sobrecargado de trabajo y de falta de tiempo. Y especialmente, las mujeres tienen mayores dificultades para hacer compatibles el trabajo profesional con las tareas del hogar, la dedicación a la familia, los compromisos sociales, etc.

¿Tiene que ver el estrés con el tipo de vida actual? Los cambios mencionados, nos han obligado a incorporar la palabra estrés en nuestras vidas. Y del estrés se derivan las reacciones que nuestro organismo presenta frente a los acontecimientos inesperados, que se materializan en el consumismo, en la agresividad exagerada y en la competencia excesiva. Quizá para cada uno de nosotros el estrés tenga una definición distinta, pero todos sufrimos una misma respuesta. Es decir, sufrimos una serie de reacciones fisiológicas o bioquímicas en el cuerpo, que ocurren como resultado de un estímulo o amenaza externa. Así, sentimos palpitaciones, aumento de la tensión arterial, palidez en la piel, sudoración en las manos o dilatación de las pupilas. Otros síntomas relacionados con el estrés incluyen: irritabilidad, disminución de la concentración, dolores de cabeza, cambios del humor o insomnio.

Desde los tiempos más primitivos, el organismo ha reaccionado a través de diferentes mecanismos ante situaciones adversas. En la mayoría de los casos se trataba de preservar la propia vida, y este hecho se consideraba como un fenómeno natural y positivo. La diferencia es que actualmente, la respuesta al estrés es evocada constantemente. Y no hay forma de disiparla. Dentro del contexto de vida moderna son muchas y muy repetidas las ocasiones en que el cuerpo entra en fase de continua alerta, durante mucho tiempo y con mucha frecuencia. Y esto puede ser muy perjudicial. Aquí es donde el estrés empieza a pasar factura, tanto en el aspecto físico como psíquico.

No hay duda de que el estrés prolongado puede llevarnos a sufrir enfermedades físicas o mentales. Existe evidencia científica de que en estos casos, la respuesta del sistema inmune al estrés se debilita. Y esto nos hace más vulnerables a las infecciones o a los resfriados. También se pueden producir problemas intestinales y de la piel, asma y aumento de la tensión arterial entre otros.

¿Cómo prevenir y combatir el estrés?

- Trate siempre de identificar y evitar todo lo que le produzca exceso. Y trate de ver las cosas en positivo.
- Intente seguir una dieta equilibrada, reducir el alcohol y el consumo de cafeína.
- Haga ejercicio de forma regular. Aprenda técnicas de relajación, para respirar y controlar la respiración, yoga, etc.
- No pierda la perspectiva de las cosas.
- Acuda a su médico de confianza.

¿De que forma incide el estrés en la enfermedad cardiovascular?

Las reacciones que se producen en el organismo cuando se enfrenta a situaciones inesperadas liberan adrenalina, provocando ansiedad, sensación de ahogo, angustia, palpitaciones, tensión elevada, etc. Estos síntomas suelen desaparecer cuando el estrés disminuye. Sin embargo, existen situaciones, en las que sus efectos se sufren de forma prolongada. Y dan lugar a pérdida de apetito, aumento en el consumo de alcohol y tabaco, indigestión, insomnio, cambios de humor, estados de ansiedad, irritabilidad e incluso pérdida de interés por la vida.

Hay mucha gente que cree que el estrés es un importante factor de riesgo cardiovascular. Pero apenas existe evidencia científica para confirmarlo, porque no existe ninguna forma de medirlo. Los investigadores del Instituto Finlandés de Salud Laboral y la Universidad de Helsinki, después de hacer un seguimiento de casi treinta años con 812 trabajadores de distinta cualificación que en 1973 gozaban de un perfecto estado de salud cardiovascular, han podido determinar que desempeñar una tarea muy exigente y el poner mucho esfuerzo en el trabajo no implica siempre la existencia de un estrés perjudicial para la salud. Las claves parecen estar en la tensión provocada por una falta de control del trabajo (cuando el empleado se ve desbordado y no controla la situación) y en la obtención de insuficientes recompensas sociales y laborales por el esfuerzo.

Aunque el exceso de trabajo por sí mismo no presupone estrés laboral, “la gente con una sobrecarga de trabajo, como es el trabajar sin interrupción más de 11 horas diarias, podría tener un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular.

También se comprobó en el registro de 1983 que el estrés laboral se asocia con unos índices de colesterol más altos y un mayor sobrepeso. A partir de estos resultados, se recomienda citar al estrés como otro factor de riesgo, junto con el tabaquismo, el colesterol elevado, la hipertensión, la obesidad o el sedentarismo. En resumen, el estrés laboral duplica el riesgo de muerte cardiovascular, por lo que tiene importantes implicaciones de salud pública. Por tanto, se debe prestar más atención a la prevención del estrés laboral (British Medical Journal 2002).

Lo que parece evidente es que si una persona ha sufrido una angina o un infarto, y además se suman los efectos negativos de cualquier otra situación de dificultad, es probable, que el estrés producido por esa situación provoque cambios en el ritmo cardíaco y desencadene otros efectos que pueden desestabilizar una enfermedad cardíaca previa.



HAGA EJERCICIO FÍSICO



“¡Muevete!” es el lema de la Organización mundial de la Salud para conmemorar el día mundial de la salud en el 2002. La actividad física es fundamental para prevenir la enfermedad cardiovascular y otras patologías como la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial y la obesidad entre otras. Además, aumenta el colesterol-HDL (bueno).

Por otra parte, la clave para adelgazar es comer menos y hacer más ejercicio. Si se realizan actividades físicas moderadas varias veces en semana, para completar al menos tres horas, es posible perder peso. Aunque estas actividades se deben adaptar a la situación personal de cada individuo, las de tipo aeróbico como caminar deprisa, correr, nadar, bailar, pedalear etc. son las más aconsejables.

Sin embargo, caminar es la forma más sencilla, económica y natural de practicar ejercicio. A continuación se muestra una tabla de gasto calórico en función de la intensidad con la que caminemos.

EJERCICIO Y CONSUMO DE CALORIAS

Ritmo	Varón 70 kg.	Mujer de 55 kg.
Caminar a ritmo lento a 4 Km/h por terreno llano	210 kcal /h.	180 kcal /h.
Caminar a ritmo medio a 6 km/h por terreno llano	260 kcal /h.	205 kcal /h.
Caminar a ritmo rápido a 7 km/h por terreno llano	385 kcal /h.	308 kcal /h.
Caminar cuesta arriba a 5 Km/h	589 kcal /h.	471 kcal /h.

Nota.- si presenta factores de riesgo cardiovascular, consulte a su médico.

Personaje

*Kevin Serrano Salazar
10 años, 5º de Secundaria
Vilanova del Cami (Barcelona)*



Kevin se enteró hace dos años de que tenía el colesterol alto porque su madre, María José, le llevó al pediatra por sobrepeso. “Le detectaron más de 300 de colesterol y dijeron que era mucho, que fuera al especialista”, explica María José. A Kevin le pusieron a régimen y se lo tomó muy en serio: perdió más de diez kilos. Pero el colesterol no le ha bajado apenas. “La doctora Panisello nos ha dicho que es aún muy joven para darle pastillas y le estamos dando una margarina con esteroides vegetales que reducen el colesterol. Al principio, se asustó un poco. “Mamá, ¿me voy a morir de esto?”, preguntó. Pero ahora dice que no está preocupado. “Cuando sea mayor si no bebo ni fumo (¡nunca he probado un cigarro, eh!), pues no me pasará nada y estaré bien”, dice Kevin. Y cuenta que ya no come “cosas malas”, como bollos, embutido, queso... “Al principio me costó un poquillo... pero ya estoy más acostumbrado”, comenta. Y dice que hace deporte todos los días. Y que piensa ir a la Universidad y hacerse periodista. Su hermana Nayara tiene sólo 2 años y aún no la han mirado si tiene colesterol. Por si acaso, su madre trata de que coma sano, como Kevin. Con quien lo lleva peor es con su marido, Juan Carlos, de 33 años, al que descubrieron colesterol elevado, como a sus tres hermanos y a su madre, a raíz de detectárselo a Kevin. “Le toca comer fuera de

casa y no hace régimen ni va al médico”, comenta María José. Kevin, ya sabes, tienes que convencer a tu padre de que siga tu buen ejemplo...

Noticias sobre nutrición

Las noticias sobre dieta y alimentación están cada vez más de moda. Sepa distinguir la información seria y rigurosa sobre la superficial y pseudocientífica.

La nutrición, cada vez acapara más titulares. Prácticamente a diario aparecen en la prensa noticias relativas a la dieta y la nutrición. Bien sea a causa de una nueva “alerta alimentaria” o con ocasión del último régimen procedente de Hollywood.

Este fenómeno está justificado ya que es evidente que lo que comemos y bebemos tiene efectos en nuestro organismo.

Aunque a veces sea difícil descifrar la jerga empleada, o saber qué cambios debemos adoptar para mejorar nuestra salud y nuestro bienestar, existen formas de reconocer la información basada en resultados científicos y relevante para nosotros.

A pesar de que gran parte de la información nos llega a través de la familia, de los amigos y de los libros, hoy en día las principales fuentes de datos son los medios de comunicación e Internet. Existen multitud de revistas, periódicos, programas de televisión y radio, y sitios web sobre alimentación y salud que proporcionan información en abundancia. En general, las noticias se basan en investigaciones científicas rigurosas. Sin embargo, en ocasiones, la información aparece simplificada en exceso, se presenta fuera de contexto, o incluso es completamente errónea. Cabe preguntarse, por tanto, cómo podemos distinguir la información de calidad de la que carece de ella.



Información simplificada

A menudo, los escritores y periodistas tienden a simplificar la información para poder incluirla en el contexto de una historia o un artículo. Esta simplificación hace que, a veces, se pase por alto información importante. Hay que tener en cuenta cómo se ha realizado la investigación y con qué grupos de población, teniendo en cuenta la nacionalidad, la edad y la raza. También hay que considerar el número de personas que participaron en el estudio; por regla general, cuanto mayor sea el número, más fiables serán los resultados. Compruebe, además, si los resultados coinciden con los de otros trabajos similares.

El escrutinio cuidadoso de la información resulta especialmente necesario en Internet. Cualquiera puede tener un sitio web, y el ciberespacio está repleto de información errónea, fraudes y charlatanes. Aunque es posible encontrar información científica de calidad, algunos sitios contienen simplemente publicidad para vender determinados productos o promocionar los programas de grupos políticos o ideológicos.

Las recomendaciones no cambian de un día para otro

Recuerde que la investigación sobre nutrición o sobre cualquier otra área, sigue una constante evolución. Sin embargo, las recomendaciones sobre un estilo de vida saludable no cambian de

un día para otro. Deben estar basadas en numerosos estudios científicos. La mejor actitud ante las novedades en el campo de la alimentación y la nutrición se basa en una buena dosis de escepticismo combinada con sentido común; también es conveniente corroborar la información con las autoridades competentes.

Los trastornos que se producen por defecto o por falta de receptores LDL se caracterizan normalmente por elevadas concentraciones de colesterol plasmático. Cuando el colesterol no se elimina debidamente y se acumula en la circulación, se deposita en la pared de las arterias, produciendo un aumento del riesgo coronario. Este es el caso de la hipercolesterolemia familiar.

En la siguiente tabla encontrará consejos prácticos para distinguir la información relativa a ámbitos científicos, y en particular a la nutrición y la seguridad alimentaria. Algunos de los signos que requiere un análisis más riguroso, son las afirmaciones que suenan “demasiado bonitas para ser verdad” y las listas de alimentos “buenos” y “malos”.

Diez señales de alerta para detectar la pseudo-ciencia

Cuidado con la información que contenga:

- Recomendaciones que prometen soluciones rápidas.
- Avisos alarmantes sobre los peligros de un producto o régimen determinado.
- Afirmaciones que suenan demasiado bonitas para ser verdad.
- Conclusiones simplistas elaboradas a partir de estudios complejos.
- Recomendaciones basadas en un único estudio.
- Declaraciones categóricas rebatidas por organizaciones científicas reconocidas.
- Listas de alimentos “buenos” y “malos”.
- Recomendaciones realizadas con el propósito de vender un producto.
- Recomendaciones basadas en estudios publicados sin revisión.
- Recomendaciones procedentes de estudios que no tienen en cuenta las diferencias entre individuos o grupos.

Fuente: Consejo Europeo de Información sobre Alimentación (EUFIC)

Un ejemplo reciente de lo anteriormente expuesto, ha sido la presentación en la reunión de la Asociación Americana del Corazón (AHA) por el doctor Atkins de los efectos de su dieta para adelgazar. Esta dieta se basa en tomar grasas, proteínas y productos animales, prescindiendo de frutas, verduras e hidratos de carbono. Y defiende que esta forma de comer produce una pérdida de peso y disminuye el nivel de colesterol y triglicéridos.

Ante la confusión creada en algunos medios de comunicación, la AHA ha puntualizado que no comparte las conclusiones del trabajo realizado en un pequeño grupo de personas y durante un corto espacio de tiempo. Y además, mantienen las recomendaciones dietéticas ya conocidas¹ para mejorar la salud cardiovascular de los ciudadanos. Realmente el régimen del doctor Atkins aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular y renal (por el elevado contenido en proteínas) y puede predisponer al desarrollo de determinados tipos de cáncer.

¹ Se aconseja el Folleto de recomendaciones dietéticas de la Fundación Hipercolesterolemia Familiar.

Consultorio sobre alimentación

Abrimos esta sección para dar respuesta a preguntas sobre alimentación de interés general. Son muchas las preguntas que por diferentes vías nos llegan a través del teléfono o de la página web de la Fundación. Y a partir de ahora, las que hacéis a los médicos que os atienden en las Unidades o Clínicas de lípidos. La idea es destacar en este espacio, aquellas, que por ser de interés general, merezcan la atención de todos nosotros.

Pregunta de Dña. María Cinta Botella:



¿Es el pescado de piscifactoría tan bueno para la salud como el que se captura en el mar?

Actualmente, se recomienda el consumo de pescado para reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular. Su contenido en ácidos grasos n-3, que como todos sabemos son cardiosaludables, es menor en los peces criados en piscifactorías, que en los procedentes de su medio natural. Por ello, lo ideal sería consumir el pescado procedente de su hábitat natural. Opción que con el tiempo puede hacerse cada día más difícil.

Para diferenciarlos debemos buscar su procedencia. Y se leerá: “acuicultura” en los peces provenientes de piscifactoría y “extractiva” en los peces extraídos directamente del mar. Si no se especifica su procedencia, observaremos que los peces criados en piscifactorías suelen tener un tamaño bastante homogéneo. Y las especies suelen ser: salmón, lubina, dorada, rodaballo y lenguado. Mientras que el tamaño del pescado desarrollado en libertad es más desigual. Especies como el salmonete, peluda, sardina, caballa, maira, merluza, boquerón y otras, proceden siempre de su medio natural, porque su cultivo en cautividad aún no resulta rentable.

De todas formas, esto no debe hacernos olvidar lo más importante. Debemos aumentar nuestro consumo de pescado blanco y azul, en sustitución de las carnes, especialmente las rojas.

*Dra. Joima Panisello.
Hospital General de Igualada.*

Congresos médicos

Durante el Congreso de la Asociación Americana del Corazón (AHA) celebrado en Chicago en el mes de Noviembre se han presentado numerosos estudios entre los que destacamos los siguientes.

Las estatinas reducen la mortalidad cardiovascular en las personas mayores

Un estudio europeo conocido como PROSPER ha demostrado que el uso de estatinas (Pravastatina) para disminuir los niveles de colesterol en pacientes mayores reduce significativamente el riesgo de muerte por enfermedad coronaria e infarto de miocardio. Participaron más de 5.000 personas de 70 a 82 años de edad



con enfermedad coronaria previa o que tenían un elevado riesgo de desarrollarla debido a la presencia de hipertensión arterial, diabetes o consumo de tabaco. El estudio duró 3 años y medio y el tratamiento fue seguro y bien tolerado tanto en los varones como en las mujeres. El mayor beneficio se observó en aquellas personas con unos niveles bajos de colesterol-HDL y el efecto del tratamiento fue similar tanto en presencia como en ausencia de enfermedad vascular previa.

Los niños obesos tienen mayor riesgo de enfermedad cardiovascular

También se presentaron diversos estudios que muestran que los niños con obesidad tienen un mayor riesgo de desarrollar una enfermedad cardiovascular. El índice de masa corporal que define el sobrepeso u obesidad se asocia con niveles elevados de insulina (marcador de situación de pre-diabetes), aumento de la presión arterial en los jóvenes y aumento de los niveles de colesterol y especialmente de los de triglicéridos. Estos hallazgos refuerzan la idea de que la enfermedad cardiovascular puede comenzar en la niñez. Por lo que se destacó que la prevención de la enfermedad cardiovascular comienza en la infancia. Por tanto, es muy importante el seguir una dieta adecuada y realizar ejercicio físico que ayudará a mantener un peso adecuado.

El tabaco de los padres produce daño vascular en los niños

En el mismo Congreso se presentó un estudio que muestra que el consumo de tabaco en los padres produce alteraciones en los vasos sanguíneos de los niños expuestos al humo de los cigarrillos. Así, los niños con uno de los padres que fuma en su presencia tienen hasta un 50% de niveles más altos de un marcador biológico que indica la producción de oxidación en sus arterias (presencia de radicales libres). Además, presentan un deterioro de la dilatación arterial, marcador de daño vascular y conocido como disfunción endotelial, que es un hallazgo precoz en la aterosclerosis. La importancia de estos hallazgos se deriva de que aproximadamente la mitad de los niños están expuestos de forma pasiva al humo del tabaco.

Un aumento del colesterol en la edad media de la vida aumenta el riesgo de enfermedad de Alzheimer en edades tardías (Congreso Europeo de Cardiología, Berlin)

La enfermedad de Alzheimer (EA) es la causa más frecuente de demencia y es un trastorno complejo en el que el mecanismo patogénico exacto continúa siendo desconocido. Recientemente, se ha encontrado una asociación entre los niveles elevados de colesterol y el desarrollo de EA. Un estudio longitudinal realizado en Finlandia con más de 1.200 personas durante un promedio de seguimiento de 21 años y que al final del examen tenían entre 65 y 79 años, ha demostrado que los niveles elevados de colesterol (superior a 250 mg/dl) en la edad media de la vida fueron un factor de riesgo independiente para el desarrollo de EA en edades tardías. De manera similar el polimorfismo genético de la apolipoproteína E (apo E) 4 fue un factor de riesgo independiente para el desarrollo de EA, independiente de los niveles de colesterol. La Apo E 4 está implicada en el metabolismo del colesterol y es uno de los factores de riesgo genético más importantes en el desarrollo de EA. La combinación de los dos factores de riesgo (colesterol y Apo E 4) aumentó de manera aditiva el riesgo de desarrollar EA.

Estos hallazgos pueden tener importantes repercusiones de salud pública, puesto que a los efectos beneficiosos en la mortalidad cardiovascular de reducir el colesterol con las estatinas se puede añadir la reducción en el riesgo de EA. Por lo tanto, es necesario una prevención primaria y un tratamiento precoz de la hipercolesterolemia.

Noticias

Esteroles vegetales en niños con hipercolesterolemia familiar

American Journal of Clinical Nutrition 2002;76:338-44

Una margarina enriquecida en esteroides vegetales (Flora Pro-Activ) reduce los niveles de colesterol-LDL un 10% en niños con hipercolesterolemia familiar. En este estudio realizado en Noruega, los niños estaban previamente con una dieta para reducir el colesterol pobre en grasas saturadas, ácidos grasos trans y colesterol. Estos resultados son importantes porque hasta ahora solo disponíamos de las resinas para el tratamiento de la hipercolesterolemia en niños. Y estas, generalmente, son difíciles de tomar debido a su sabor desagradable. Además, Flora Pro-Activ puede usarse junto con otros fármacos para reducir el colesterol como resinas y estatinas.

¿En que se diferencia el genoma del ratón del genoma humano?

Nature 2002.

Recientemente han sido publicados los resultados de un estudio de intervención con simvastatina en personas de ambos sexos, entre 40 y 80 años y con alto riesgo cardiovascular (enfermedad coronaria, afectación de otros territorios vasculares, presencia de diabetes mellitus e hipertensión arterial). La adición de simvastatina (40 mg al día) produjo de manera segura una reducción significativa en las tasas de infarto de miocardio, ictus y de procedimientos de revascularización coronaria en los individuos, independiente del valor inicial de su colesterol en sangre. Estos efectos beneficiosos se suman a los aportados por otros tratamientos que se han demostrado beneficiosos en estos pacientes como la aspirina, entre otros.

Ejercicio físico y prevención del riesgo cardiovascular

N Engl J Med 2002; 347: 716

El genoma del ratón revela que tiene 30.000 genes, igual que el genoma humano, y que comparte al menos el 99% de ellos con el ser humano. Aunque las diferencias anatómicas entre el ratón y el ser humano son espectaculares, no suelen reflejar más que alteraciones en la forma y el tamaño de los órganos y tejidos, pero algunos genes están amplificados en cada especie. Por lo tanto, las capacidades cerebrales del ser humano pueden deberse a sutiles modulaciones en la activación de unos genes que, fundamentalmente, compartimos con todos los mamíferos. El descubrimiento de que prácticamente todos los genes humanos tienen un equivalente en el ratón permitirá diseñar estudios experimentales parecidos, para casi todos los genes implicados en alguna enfermedad humana, o en cualquier proceso biológico de interés en nuestra especie.

PUBLICACIONES RECIENTES DEL GRUPO ESPAÑOL PARA EL ESTUDIO DE LA HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR

Una mutación doble en el gen del receptor LDL en la HF

Human Mutation 2002 (Online)

En 10 familias españolas no emparentadas se han encontrado dos mutaciones diferentes en el mismo alelo. El estudio muestra que las personas con HF que presentan esta mutación tienen una expresión clínica de la enfermedad más suave. Y responden mejor al tratamiento farmacológico con estatinas que los pacientes portadores de otros tipos de mutaciones. Estos pacientes tienen unos niveles de colesterol total un 20% más bajos que la media de la población española con HF. Además, alguno de estos portadores del defecto genético no desarrollan hipercolesterolemia.

Un paciente varón homocigoto (las dos mutaciones diferentes en los dos alelos) que ha heredado el trastorno de ambos padres tenía una buena respuesta al tratamiento con una reducción del colesterol-LDL de casi un 60%. La explicación es que son mutaciones leves que permiten una actividad residual o funcionante del receptor LDL y por tanto una expresión clínica de la HF menos grave.

Mutación de la apolipoproteína (Apo) B3500 en pacientes españoles con diagnóstico clínico de HF

Atherosclerosis 2002;165:127-35

El defecto familiar de la Apo B-100 es un trastorno autosómico dominante que cursa con aumento en los niveles de colesterol y colesterol-LDL y enfermedad cardiovascular prematura. Y por lo tanto, clínicamente similar a la HF. Este estudio analiza la presencia de la mutación en el gen de la Apo B-100 en la población española con HF. Su frecuencia en nuestro país es muy pequeña y representa el 1.4% de las personas con diagnóstico clínico de HF. Sin embargo, el 85% de las personas portadores de esta mutación son de Galicia. Esto significa que el 11% de las personas con un diagnóstico clínico de HF en Galicia son portadores de esta mutación. Puesto que esta mutación es frecuente en el Centro de Europa, se plantea la hipótesis de un efecto fundador por el establecimiento de los Celtas en Galicia. Otra posibilidad es que su origen proceda de los pueblos suevos que invadieron el norte de España y se asentaron, especialmente, en Galicia.

Estos estudios demuestran la importancia del diagnóstico genético en las personas con diagnóstico clínico de hipercolesterolemia familiar. Por una parte nos demuestra que la presencia de una determinada mutación en función de su severidad, puede condicionar la expresión clínica de la HF, el riesgo cardiovascular y la respuesta al tratamiento con estatinas. Por otra, puede ayudar al diagnóstico en el marco de una planificación sanitaria, dependiendo de la Comunidad Autónoma en la que se realice el diagnóstico, como es el caso de Galicia.

El paciente del futuro

Pacientes, médicos, investigadores y expertos se han reunido en Bruselas para definir el papel del paciente en la sanidad del futuro.

Durante los días 14 y 15 del pasado mes de Noviembre, se celebró en Bruselas la Reunión del “Paciente del Futuro”. Personalidades del área médica, en muchos casos Asociaciones de Pacientes (entre ellas la Fundación de Hipercolesterolemia Familiar), exponían sus experiencias de investigación y Estudio para darnos desde sus diferentes ángulos, una visión de “futuro”, fruto del profundo análisis. Y el papel que el paciente va a jugar dentro del Sistema Sanitario.



La palabra “Información”, es la palabra mágica, porque va a ayudar a los pacientes a tomar decisiones contrastadas. Y van a dejar de ser sujetos pasivos para pasar a ser el objetivo principal dentro del Sistema Sanitario. La información, va a ser clave para elegir, para conocer y acceder al tratamiento personalizado. Las fuentes pueden ser: médicos, Organizaciones de pacientes, Internet, así como cualquier otra vía seria y científica.

Todos estos elementos van a allanar el camino al paciente “concienciado” o informado, para que pueda jugar un papel activo y decisivo en la toma de decisiones, que tienen que ver con su salud y por tanto, con su vida. La tecnología y la biología van a influir de forma decisiva en las nuevas formas de dispensar los Servicios Sanitarios. El “diálogo” va a ser clave dentro de la práctica médica. Cualquier procedimiento genético va a necesitar el consentimiento informado del paciente. Y para ello, es necesario informar y dialogar, desde la cercanía y la confianza mutua. El médico y el paciente deberán tomar las decisiones de forma conjunta. Además, esta libertad de acción, va a cambiar el sentido del “paciente consumista”, por el de “paciente con derecho a la calidad”, que en definitiva significa el paciente responsable.

Las Organizaciones de pacientes deben constituirse en “lobbys” de presión, para priorizar las medidas preventivas, en las políticas de salud. Y conseguir que los derechos que sólo sirven para ilustrar los discursos de los políticos se tengan en cuenta en la práctica. El crecimiento de la enfermedad cardiovascular se debe especialmente a la falta de prevención sanitaria. Si los gobiernos antes de decidir las políticas de salud contaran con la opinión de los ciudadanos, los escasos recursos sanitarios estarían mejor dirigidos. Las Organizaciones de pacientes, junto con los médicos, los medios de comunicación y las Autoridades sanitarias están obligados a promover el bienestar, enfocando especialmente su atención en la prevención.

Las nuevas tecnologías nos van a acercar a los denominados tratamientos “a medida”. Por ello, como se ha indicado anteriormente vamos a necesitar de una relación médico-paciente mucho más próxima. Por tanto, la palabra y la “palmadita” del médico en el hombro del paciente, siempre va a tener un significado muy especial, porque además de servir para romper barreras va a facilitar el diálogo. Y el paciente se libera del peso del dolor y del peso de sus emociones cuando sabe que alguien le escucha. Este hueco nunca podrá cubrirlo la ciencia. Ni siquiera la del futuro.

Nueva cocina y salud

¿Es compatible la “nueva cocina” con la salud cardiovascular?

La Fundación Hipercolesterolemia Familiar, participó con su Stand en la 1ª Semana de la Salud Cardiovascular celebrada en Barcelona el pasado mes de Septiembre con el objetivo de concienciar a la población, una vez más, de la importancia de seguir una dieta equilibrada y sana para prevenir la enfermedad cardiovascular.



Muchas personas se interesaron por el evento, recogiendo información y asistiendo a las conferencias que allí se impartían. Resultaba muy atractiva la idea de seguir un programa de conferencias científicas y recomendaciones culinarias, compartido por personalidades del mundo médico y prestigiosos chefs de los no menos prestigiosos restaurantes. Se pretendía acercarnos a un nuevo estilo de cocina que además de permitirnos disfrutar de la buena mesa, nos ayude a prevenir la enfermedad cardiovascular.

¿Es cierto que el predicamento de los médicos y los chefs es incompatible? ¿Es verdad que la comida que sabe bien, atenta contra la salud?

Todos sabemos que la principal preocupación del médico es la salud del paciente, mientras que el objetivo del chef es satisfacer a los comensales de una mesa. Sin embargo, en esta Reunión quedó claro que la tendencia de esta “nueva cocina” es cumplir dos objetivos: resultar atractiva y ser saludable.

Estos cocineros con su imaginación y creatividad promueven “el buen comer”, conjugando la cultura de la cocina basada en alimentos sanos y ecológicos. Los resultados de la “nouvelle cuisine”, son platos deliciosos además de saludables. Con exquisitas verduras a la plancha y frutas frescas, ofrecen coloristas y atractivas recetas que conquistan el paladar de los más exigentes comensales. Es fantástico, disfrutar de una buena comida, y además sentirnos satisfechos porque no nos hemos salido de la “raya”.

Chefs prestigiosos, siguiendo las recomendaciones de los expertos de la ciencia médica, utilizando aceite de oliva en su estado virgen, y reduciendo las grasas animales de los ingredientes básicos, han demostrado en las múltiples recetas presentadas que el placer de la buena mesa no está reñido con la salud. Esta nueva cocina, además de aportarnos efectos beneficiosos para la salud, nos ayudará a prevenir no sólo la enfermedad cardiovascular, sino una larga lista de otras enfermedades crónicas.

Reunión de Unidades de Lípidos en Madrid

En el mes de diciembre se realizó en Madrid la reunión de las Clínicas de Lípidos que colaboran con la Fundación de Hipercolesterolemia Familiar. En esta reunión se dio a conocer el estado del estudio de cohorte o seguimiento de la hipercolesterolemia familiar (HF) en España.

Desde la Fundación, tenemos el convencimiento que la mejor estrategia de identificar a las personas con HF, y así prevenir el desarrollo de la enfermedad cardiovascular, es estudiar a los familiares de los casos ya identificados por análisis genético (caso índice). El seguimiento de un grupo numeroso de pacientes y sus familiares nos permitirá conocer el riesgo y el pronóstico de

la HF. Un diagnóstico y tratamiento precoz es la mejor estrategia para prevenir la enfermedad cardiovascular.

El proyecto piloto comenzó en el mes de octubre. Y a finales del pasado Diciembre, el trabajo coordinado entre las Unidades de Lípidos y la Oficina Coordinadora del Estudio de Cohorte, ha permitido contactar con 10 familias e incluir a más de 100 familiares para su seguimiento.

La Oficina coordinadora se encarga de contactar telefónicamente con los casos índice de cada familia, y posteriormente con sus familiares. Las visitas se realizarán cada dos años e incluyen una revisión completa, encuesta dietética y una analítica sanguínea. Es importante que el máximo número de familiares, tanto afectos como no afectos de HF participen en este estudio, ya que esto permitirá conocer las características y el pronóstico de la enfermedad.

Apúntese al estudio de la FHF

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: 91/409-04-16
e-mail: secretariacohorte@telefonica.net

Receta de invierno

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 (18% de los lípidos totales) y un contenido bajo en grasa saturada y colesterol.

Esta comida incluye 30 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	635 kcal
Proteínas	27 g (17%)
Hidratos de carbono	84,6 g (53%)
Grasas totales	21 g (30%)
Saturados	4 g (5,5%)
Monoinsaturados	13 g (18%)
Poliinsaturados	1,5 g (2%)
Colesterol	52 mg
Fibra	11 g

Primer plato: Lombarda con pasas y manzana

Ingredientes (para 4 personas)

- 1 lombarda (400g), uvas pasas (20g), una manzana, 1 diente de ajo, aceite de oliva (20ml)
- 1 pimiento verde, 1 cebolla grande

Preparación

Lavar la lombarda, cortarla en trozos pequeños y cocerla a fuego medio. Cuando esté cocida escurrir bien el agua y colocar la lombarda en una fuente aparte. En una sartén se añade el aceite, el ajo, la cebolla, el pimiento, las uvas y la manzana (previamente pelada y cortada en láminas finas), remover todo lentamente a fuego lento hasta que la manzana esté pochada. Después se le añade la lombarda cocida y se mezcla todo muy bien hasta que la lombarda queda troceada. Servir en una fuente.

Utensilios

Una cacerola, una sartén, una fuente

Segundo plato: Pastel de carne con tomates Cherry

Ingredientes (para 4 personas)

- 300 g de ternera picada, 1/2 kg de patatas, 250 ml de leche desnatada
- 300g de tomate triturado en conserva, 1 diente de ajo, 40 ml de aceite de oliva, 8 tomates cherry

Preparación

En una sartén, dorar un diente de ajo picado, echar la carne, salar y rehogar hasta que ésta tome color. Mientras, hacer un puré de patata: pelar, trocear y cocer las patatas. Añadir la leche desnatada y triturar hasta que se haga el puré. En una fuente para horno, poner una capa de tomate triturado, y encima, toda la carne.

Poner una última capa de puré de patata. Gratinar en el horno durante unos 5 minutos.

Utensilios

Una cacerola, una sartén, horno.

Postre: Piña natural

Ingredientes (para 4 personas)

- 1 piña natural

Preparación

Se corta la parte superior e inferior de la piña. Se trocea en 4 partes y se coloca en un plato.

Utensilios

Una fuente

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

Cartas

Colesterol y dieta mediterránea

Estimados amigos de la FHF:

Mi marido sufrió un infarto con 36 años. Toda su familia tiene elevado el colesterol. Y según los médicos, ha sido la causa de su infarto. A partir de entonces nos recomendaron que vigilésemos el colesterol de nuestros dos hijos. Les hicieron una analítica, y descubrimos que los niveles de colesterol de Carlos de 5 años y de Eva de 10, eran de 285 y 225 respectivamente.

A partir de entonces, les vigilamos su alimentación, porque no quiero que les ocurra lo que a su padre. En casa leemos todo cuanto cae en nuestras manos sobre el colesterol y la alimentación. Pero hace unos días me ha llamado la atención un artículo de prensa “La grasa no engorda”. Un Dr. Llamado Robert Atkins, relaciona la pirámide de alimentación con la desorbitada epidemia de obesidad y diabetes. Según este doctor, una dieta rica en hidratos de carbono puede aumentar los triglicéridos y reducir los niveles de HDL. Y que el aumento de triglicéridos es un factor de riesgo cardiovascular mayor que el colesterol. Por lo que el recomienda, un mayor consumo de grasa y proteínas, y una reducción en el consumo de hidratos de carbono.

Después de leer esto, no sé si el hecho de seguir la llamada “Dieta Mediterránea”, rica en verduras, frutas, legumbres, pasta, cereales, y evitando las grasas animales es bueno o malo. Reconozco, que esto me ha desconcertado. Espero que la teoría de este doctor no sea tan cierta como asegura. Yo tengo la salud de mis hijos en mis manos, y siempre les hago ver que la hipercolesterolemia es algo muy serio, de por vida y que hay que controlarla. Sin embargo, en estos momentos necesitaría conocer su opinión al respecto. Les agradecería mucho que me escribieran para aclarar las dudas e incertidumbre que me ha producido esta noticia.

Un saludo. Y muchas gracias.

Carmen Fernández. Almendralejo. (Badajoz)

Estimada amiga:

Entendemos y compartimos su preocupación por las noticias comentadas y la queremos tranquilizar al respecto. La dieta tipo mediterránea que están siguiendo ustedes y sus hijos es la adecuada no solamente para las personas con hipercolesterolemia familiar, sino que también para el resto de la población. En el caso de la HF, el principal factor de riesgo es el aumento de colesterol.

Como se comenta en otro apartado de este boletín, hay que tener sumo cuidado con la interpretación de determinadas noticias en los medios de difusión sobre la alimentación. Igualmente, destacamos la respuesta contundente de la propia Asociación Americana del Corazón sobre los peligros de la dieta del Dr. Atkins, ampliamente compartida por la Fundación de Hipercolesterolemia Familiar y otras sociedades científicas nacionales e internacionales. Por lo tanto, sigan ustedes con la excelente alimentación tipo mediterránea que además de ayudar a reducir el colesterol, tiene otros efectos beneficiosos sobre la salud.

F.H.F.

Niños y colesterol

Necesitamos información específica sobre el colesterol en niños muy pequeños. A mi hija se lo detectaron con 19 meses, y ahora con 22 meses está en 296. Y quizás necesite tratamiento farmacológico.

Gracias

Jaime Gotor Santamaria. Barcelona

Estimado amigo:

En primer lugar, nos parece importante conocer la causa de la hipercolesterolemia en su hija. Probablemente, se trate de una Hipercolesterolemia Familiar y por tanto otros miembros de la familia (padres, hermanos) pueden estar afectados. Con esta edad, no se debe preocupar por el tratamiento farmacológico. La primera medida a realizar es una dieta pobre en grasas saturadas y colesterol que puede comenzar a partir de los 2 años. A partir de los 6 años y dependiendo de los antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular, se puede comenzar con las resinas que actúan a nivel intestinal y son seguras. Otra posibilidad es el empleo de las nuevas margarinas enriquecidas en esteroides vegetales como se comenta en este boletín. Para más información sobre el tratamiento de la hipercolesterolemia en niños y adolescentes, puede ver el boletín Nº 7.

F.H.F.

La aportación reducida y la FHF

Saludos a la Fundación.

Mi nombre es Alberto Alegre Rodríguez, natural de León y residente en Tenerife desde hace 32 años. En Agosto cumplí 37 años, y en ese mismo mes me hospitalizaron, afectado por una angina de pecho e isquemia al esfuerzo, que desembocó en una cirugía cardiovascular con triple puente coronario. Mi abuela, mi padre y dos de mis tres hermanos también tienen valores de colesterol que oscilan entre 300 y 500. Yo soy uno más de las estadísticas de HF que ya conoce las consecuencias. Me gustaría formar parte de la Fundación. Y conocer más de la "Aportación reducida". ¿Dónde se solicita? ¿Qué papeles necesito y donde los obtengo?

Alberto Alegre Rodríguez.

Santa Cruz de Tenerife

La Aportación reducida al pago de los hipolipemiantes, ha sido objetivo prioritario de la Fundación Hipercolesterolemia Familiar desde su creación en diciembre de 1997. Después de mucha dedicación y esfuerzo, fue aprobada mediante una Proposición no de Ley el pasado día 10 de Abril en el Congreso por unanimidad de todos los Grupos Parlamentarios. Los cambios producidos en el Gabinete de Sanidad han retrasado el desarrollo de esta aportación en un Real Decreto. Sin embargo, los últimos contactos mantenidos con el nuevo Gabinete, e incluso recientemente con la propia Ministra, nos hacen pensar que en el primer semestre del 2003, pueda publicarse en el BOE. Y a partir de ahí, se tramitará el proceso necesario para que finalmente los pacientes con HF puedan beneficiarse de un derecho de equidad social.

A través del Boletín de la Fundación, les iremos informando de todo lo relacionado con este tema.

F.H.F.

Dudas y consultas

Animamos a nuestros pacientes y a los lectores de este Boletín a plantearnos directamente sus dudas y consultas sobre la hipercolesterolemia familiar y todo lo relacionado con el colesterol y las enfermedades cardiovasculares.

Rogamos que sean breves para que podamos publicar varias.

Cartas a: Fundación Hipercolesterolemia Familiar
Avda Menéndez Pelayo 67, bajo A 28009 Madrid
E-mail: colesterolfamiliar@terra.es

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.olesterolfamiliar.org), que acaba de superar las 13.000 entradas y que es un escaparate y punto de encuentro de nuestra Fundación con la sociedad.

Christmas y feliz 2003

A todos los niños que nos han enviado sus dibujos navideños, les agradecemos su esfuerzo y dedicación. Con nuestros mejores deseos y Ganando Corazones, les deseamos ¡Feliz Año 2003!



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.