



hexPERTS

Hemofilia de tú a tú

LIBERATE
LIFE



● **especial**
comorbilidades
en el paciente
adulto

 **sobi**
rare strength

● índice

| | |
|---|----|
| 1. Comorbilidades en el paciente adulto con hemofilia | 4 |
| 2. Entrevista con el Paciente | 9 |
| 3. Hemofilia: recomendaciones nutricionales | 11 |
| 4. Bibliografía | 12 |



Dr. José Mateo

Jefe Unidad Hemostasia y Trombosis
Servicio Hematología
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Después de muchos años sin avances relevantes en el tratamiento de la hemofilia, se están realizando progresos terapéuticos de gran impacto en los resultados de la salud de las personas con hemofilia. Afortunadamente en la actualidad, la esperanza de vida de los afectados de hemofilia es similar a individuos sin hemofilia. Aun así, existen peculiaridades que van a requerir una atención diferenciada, como la salud articular a largo plazo, el manejo de las comorbilidades, de la trombosis o de otros aspectos presentes como secuela de épocas anteriores. En este contexto, proyectos divulgativos como Hexperts cobran un gran interés dado que pacientes y profesionales responsables de su cuidado, abordarán cuestiones relativas a estas áreas de creciente relevancia.

Esta newsletter se centra en las comorbilidades del paciente adulto. Existen unas comorbilidades relacionadas con la enfermedad y su tratamiento presentes en mayor o menor grado, como los sangrados, la infección por virus transmitidos por hemoderivados no seguros y la propia artropatía hemofílica, pero hay otras que son comunes en la población y que se asocian con la edad y son prevalentes durante el envejecimiento como la enfermedad cardiovascular, la hipertensión y sus secuelas (riesgo de arteriosclerosis, insuficiencia renal, riesgo de hemorragia intracraneal, arteriopatías en diversos territorios,...), y la artropatía degenerativa sobre unas articulaciones ya afectadas en muchos casos.

Es muy importante trabajar para la prevención mediante el control de los factores de riesgo cardiovasculares. Los factores de riesgo más importantes son la hipertensión, la diabetes, la dislipemia y el tabaquismo. Controlar estos factores de riesgo y promover unos hábitos de vida saludables es crucial para mantener y mejorar la salud en esta población.

En el ámbito de la salud, la intervención más rentable y con mejores resultados es el trabajo en la prevención. Tratar las complicaciones es mucho más costoso y, en algunos casos, los resultados no son del todo satisfactorios. Pueden quedar secuelas o inconvenientes que afecten de manera notable la calidad de vida. Aunque durante años la asistencia de pacientes con hemofilia y otras coagulopatías y de sus complicaciones se ha centrado casi exclusivamente en un ámbito hospitalario especializado, hay que promover la participación de los médicos de familia más preparados en la prevención y el manejo de las enfermedades más comunes. En este campo es muy importante implicar a los profesionales de atención primaria dado que son expertos en estos aspectos. En este contexto los hábitos alimentarios son muy importantes.

La publicación finaliza con unas recomendaciones nutricionales muy útiles aplicables a las personas con coagulopatías pero también a la población en general. La alimentación equilibrada y saludable y la práctica de ejercicio evitarán numerosas complicaciones relacionadas con la hipertensión, la diabetes y el sobrepeso e incluso determinados tipos de cáncer.



Dra. Mariana Canaro Hirnyk

Hematóloga. Hemostasia y Trombosis
Servicio de Hematología y Hemoterapia
Hospital Universitario Son Espases,
Palma de Mallorca

Comorbilidades en el paciente adulto con hemofilia

En las últimas tres décadas, con el progreso del tratamiento sustitutivo y la mejora de la atención integral de los pacientes en centros especializados, ha mejorado mucho la calidad de vida y la esperanza de vida de las personas con hemofilia.¹

Como consecuencia de ello, un número cada vez mayor de las personas con hemofilia alcanzan una edad más avanzada, y con los años, presentan dolencias relacionadas con la edad como los pacientes sin hemofilia, como por ejemplo enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedad renal crónica, etc.¹

En el pasado, se sabía poco sobre los efectos de las afecciones relacionadas con la edad sobre las personas con hemofilia. La diferencia para alguien con un trastorno hemorrágico es que puede además estar en mayor riesgo de padecer ciertos problemas relacionados con la edad.

Estas enfermedades secundarias deben ser manejadas cuidadosamente, ya que pueden causar o empeorar otros problemas relacionados con la hemofilia.¹

Las comorbilidades en las personas con hemofilia se pueden dividir en las relacionadas con la hemofilia, como artropatía hemofílica, osteoporosis e infecciones virales o relacionadas con la edad, incluyendo a las enfermedades cardiovasculares, renales, cáncer y neurológicas o psiquiátricas (Figura 1).¹

A continuación, describiremos brevemente las alteraciones más frecuentes no relacionadas con la hemofilia *per se* que pueden sobrevenir como consecuencia del envejecimiento progresivo de las personas con hemofilia.

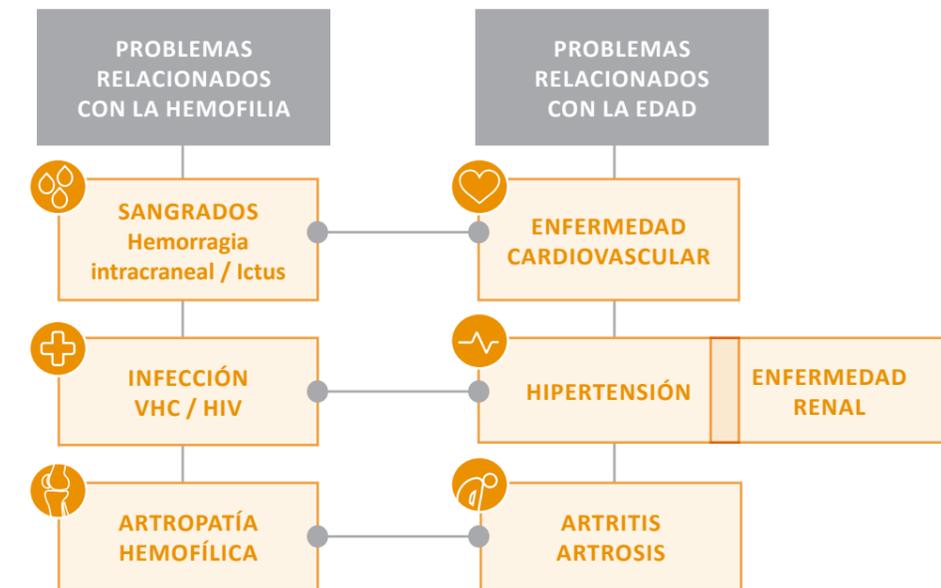
Alteraciones músculo-esqueléticas y Artropatía

Los pacientes mayores de 65 años presentan a menudo artropatía hemofílica en una o varias articulaciones. La artropatía es la principal comorbilidad asociada al envejecimiento, sobre todo en las personas con hemofilia que no han tenido el beneficio del tratamiento de la profilaxis temprana. Puede asociarse además a una menor densidad ósea y a atrofia muscular.^{2,3}

La utilización de profilaxis secundaria ha llevado a una reducción de las hemorragias y mejora de la calidad de vida, sin embargo no se han comunicado efectos beneficiosos sobre la artropatía. Las personas con artropatías tienen alteraciones en las articulaciones con un rango de movimiento de la articulación dañado, deformidad axial y crepitación articular en movimiento. Aproximadamente un 50% tiene dolor crónico diario y el tobillo es la articulación dolorosa más frecuente. Esto produce una importante pérdida de movilidad y de actividad física, con mayor riesgo de caídas por alteración del equilibrio. Se desconoce con exactitud cuál es la causa subyacente de las alteraciones en el equilibrio y el mayor riesgo de caídas. Un estudio mostró cómo las

Figura 1

Comorbilidades presentes en las personas con hemofilia relacionadas con la enfermedad y con el envejecimiento



personas con hemofilia eran significativamente menos activas y la reducción de la actividad física se asoció con el aumento de la edad y el deterioro funcional de las articulaciones.⁴

Otro estudio mostró que los pacientes con hemofilia pasaban menos tiempo participando en actividades físicas y tenían menos autonomía, en comparación con un grupo control de personas sin hemofilia de su misma edad.⁵ En dicho estudio, casi un tercio de los pacientes presentaban dolor con una intensidad media de 74,1 (DE 27,1) en una escala visual analógica (puntuación 0-100).⁵

La realización de actividad física regular es muy importante para mantener en forma el sistema músculo esquelético y el equilibrio. En los casos de pacientes con sobrepeso, deben ser animados a perder peso. Los programas de rehabilitación pueden ser muy necesarios para ayudar a sobrellevar la artropatía.

Osteopenia/Osteoporosis

La osteopenia/osteoporosis suelen aparecer en personas mayores, pero en personas con hemofilia ocurren a una edad más temprana. Tanto la Hemofilia A y B se han asociado con una mayor prevalencia de densidad ósea baja, con una frecuencia entre 67-86%.⁶ Se han encontrado varios parámetros que contribuyen a una baja densidad ósea (DO), como la gravedad de la hemofilia, tratamiento de profilaxis temprana o tratamiento a demanda, infección por hepatitis C o HIV, sobrepeso, actividad física o deficiencia de vitamina D.⁶

Las personas con hemofilia deben ser animadas a realizar ejercicios con carga para reducir el riesgo de osteopenia/osteoporosis en el desarrollo. La causa principal de la disminución de la DO se debe muy probablemente a que la artropatía hemofílica se asocia con dolor crónico y pérdida de la articulación, lo que lleva a una menor actividad. La profilaxis parece preservar la DO en pacientes con hemofilia grave. El mecanismo del efecto protector de la profilaxis de inicio temprano parece ser a través de la facilitación de actividad física.⁶ La reducción de la DO se asocia con un aumento significativo en el riesgo de fracturas, sin embargo las fracturas se pueden reducir con una adecuada profilaxis a largo plazo.⁶

Las personas con hemofilia en caso de ser necesario, pueden ser tratadas con suplementos de calcio y vitamina D y se les puede recomendar modificaciones en el estilo de vida y la realización de ejercicios con carga de peso.

Hipertensión

Algunos estudios han mostrado que las personas con hemofilia presentan el doble de probabilidades de tener presión arterial anormalmente alta, definida como una presión arterial sistólica mayor de 140 mmHg y diastólica de 90 mmHg.⁷ Dependiendo de las series de pacientes analizadas, se ha estimado una prevalencia de hipertensión en las personas con hemofilia entre el 29% y 79%.



La hipertensión aumenta con la edad y puede ser mayor en personas con hemofilia grave o moderada.⁸

Se cree que una posible causa del aumento de la hipertensión se deba a que tienen más factores de riesgo que pueden lesionar el riñón, como el sangrado, uso de fármacos antifibrinolíticos o inhibidores de la proteasa en el tratamiento del VIH.⁹

La **hipertensión arterial** es, a su vez, un **factor de riesgo** para otras enfermedades cardiovasculares, como los **eventos cardiovasculares cerebrales** hemorrágicos.⁹

Por otra parte, el sobrepeso y la obesidad, al igual que en la población general, son factores predisponentes de padecer hipertensión arterial.

Debido a que la hipertensión puede aumentar el riesgo de sangrado independientemente de la presencia de hemofilia, es recomendable medir regularmente la presión arterial. En presencia de hipertensión, hay que mantener controladas tanto la hipertensión como la hemofilia para estar protegido de cualquier episodio de sangrado.⁸

Para **reducir el riesgo de hipertensión** se recomienda **disminuir el peso corporal** con una dieta rica en frutas y verduras y reduciendo el consumo de grasas. También se recomienda restringir el consumo de sal y alcohol y aumentar la actividad física adecuada a las posibilidades de cada persona.¹⁰

Por lo que respecta al tratamiento de la hipertensión, no es diferente al de la población general, con medicación

antihipertensiva para mantener los niveles de tensión en valores normales por debajo de 140/90 mmHg.¹¹

Enfermedad Cardiovascular

Se desconoce la incidencia exacta de las enfermedades cardiovasculares en las personas con hemofilia, si bien hay estudios que están analizando este tema.¹

No existen evidencias de que haya mayor incidencia de fibrilación auricular en pacientes con hemofilia, la arritmia cardíaca más frecuente en la población. En caso de padecer esta arritmia, el tratamiento debe realizarse conjuntamente entre hematólogo y cardiólogo.¹

Los **factores de riesgo cardiovascular en las personas con hemofilia son idénticos a aquellos de los individuos sin hemofilia**, como la diabetes, dislipemia, obesidad, tabaquismo e hipertensión. Sin embargo, se ha observado que la mortalidad a causa de eventos cardiovascular es menor en estos pacientes.¹²

Hay que tener en cuenta que, en **las personas con hemofilia** y coinfección con virus VIH, el **tratamiento con antirretrovirales** está asociado a efectos secundarios como la **dislipemia**, diabetes y un aumento de la incidencia de **infarto de miocardio**.¹³

En caso de una sospechar una afección cardíaca, consulte con su médico o cardiólogo para que pueda tomar las precauciones necesarias en el caso que requiera tratamiento teniendo en cuenta su trastorno hemorrágico.

El **principal tratamiento es la prevención** disminuyendo los factores de riesgo: controlando la dislipemia, la diabetes, obesidad, sedentarismo, tabaquismo...

Si es necesario instaurar un tratamiento, se debe utilizar medicación antihipertensiva o hipolipemiente de acuerdo a las guías internacionales de tratamiento.¹⁴

Están **contraindicados** los tratamientos con antiagregantes o anticoagulantes, salvo excepción, y, en caso de que fuera necesario administrarlos, deben ser supervisados por un equipo multidisciplinar de cardiólogos y hematólogos especializados en hemofilia.¹⁵

Diabetes

No se sabe con certeza si el riesgo de diabetes es mayor entre las personas con hemofilia en comparación con las que no lo tienen. **Ocurre que la obesidad en las personas con hemofilia está aumentando** como en la población general, hecho que predispone a padecer diabetes tipo 2.

A ello se suma el que las personas con hemofilia padecen además dolor articular y enfermedades cardíacas.¹⁶

Es importante revisar los niveles de azúcar en sangre al menos una vez al año, especialmente si se tiene sobrepeso. Además, se recomienda realizar actividad física con regularidad. Si la hemofilia le restringe llevar a cabo ciertas actividades, consulte con un fisioterapeuta sobre sus opciones para mantenerse activo.

El **tratamiento de la diabetes**, en principio, es el mismo que el de las personas sin hemofilia. Solamente existen **pequeñas diferencias cuando se administran tratamientos inyectables** para la diabetes. La diferencia reside en la necesidad de realizar una **compresión de 2-3 minutos después de la punción** para evitar la aparición de hematomas locales. Como en el resto de los pacientes con diabetes, es necesario rotar las zonas de administración de la medicación.¹⁰

Coinfección en la hemofilia: VHC y VIH

Antes de la introducción de las técnicas de inactivación viral y hasta la aparición de los productos recombinantes de FVIII eran frecuentes las infecciones por virus de la hepatitis C (VHC) y virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), transmitido a través de transfusiones de los concentrados de factor derivados de plasma.¹⁰

Este hecho tuvo lugar fundamentalmente desde mediados de la década de 1970 y principios de la década de 1980 con el VHC y a principios de los 80 con el VIH. La inactivación viral de los concentrados de factores derivados del plasma no se introdujo hasta 1985 por lo que más del 90% de los pacientes se contagiaron de VHC y una cuarta parte de los pacientes con VIH.¹⁷

Con el tiempo se desarrollaron tratamientos de combinación muy efectivos con antirretrovirales como el HAART para el VIH, pero con efectos secundarios como aumento de incidencia de dislipemia y enfermedades cardiovasculares, por lo que el control de estos pacientes debe realizarse en forma periódica.¹⁸

Para el VHC se han desarrollado más recientemente antivirales altamente efectivos de administrados por vía oral, 1 comprimido diario durante 8-12 semanas que logran la remisión en más del 95% de los pacientes sin prácticamente ningún efecto secundario.¹⁹

Actualmente, la posibilidad de contraer VHC o VIH a través de la transfusión de los hemoderivados es muy reducida.¹⁰

El tratamiento de estos pacientes lo realiza conjuntamente el médico hematólogo y el internista o especialista en enfermedades infecciosas.

Enfermedad renal

Las **personas con hemofilia** presentan una serie de **riesgos para la enfermedad renal**, al igual que el resto de la población, como la hipertensión, diabetes o la infección por VIH o VHC. Ciertos tratamientos pueden resultar tóxicos para el riñón (nefrotóxicos), como ciertos antivirales, antibióticos...

La nefrolitiasis (piedras en el riñón) y la hemorragia renal también contribuyen a la enfermedad renal.¹

El sangrado del tracto urinario es una manifestación común de la hemofilia junto con la hematuria (hematuria), pero la hematuria no es un indicador de la incidencia y gravedad de las anomalías renales. En el caso de enfermedad renal crónica avanzada no hay consenso general sobre el método preferido de diálisis si hemodiálisis o diálisis peritoneal.¹

Es importante vigilar la función renal mediante controles periódicos en la unidad de referencia o en el centro de Atención Primaria, así como controlar los factores de riesgo mencionados previamente e intentar evitar al máximo los fármacos que puedan dañar el riñón.¹⁰

Alteraciones de la funcionalidad sexual

En el envejecimiento de las personas con hemofilia, la disfunción sexual puede exacerbarse debido a tres factores: dolor articular, reducción de la amplitud de movimiento y miedo al sangrado.²⁰

Las secuelas derivadas de la artropatía hemofílica, como el dolor y la rigidez articular, pueden afectar a la calidad de vida sexual, en especial si se ven afectadas las caderas y las rodillas.¹⁰

Pueden contribuir a la disfunción sexual el dolor crónico, la hemorragia recurrente, el VIH e infección por hepatitis C y efectos secundarios de ciertos medicamentos. Los analgésicos opiáceos, por ejemplo, pueden interferir con la sexualidad.²¹

Reconocer la importancia de la sexualidad es fundamental en las personas con hemofilia, para quienes la autoestima y la realización ya están en peligro. Existen medicamentos vía oral para la disfunción eréctil, que deben ser indicados y supervisados por un médico ya que pueden causar hemorragias nasales en personas con hemofilia por lo que consultar siempre a su médico y evitar la automedicación.¹

Para finalizar, 10 consejos a tener en cuenta para disfrutar al máximo del paso de los años para las personas con hemofilia:

1. Manténgase activo, asegurándose de participar en actividades físicas para ayudar a mantener los huesos sanos, si sus articulaciones lo permiten.
2. Tómese la presión arterial regularmente, si presenta más de 140/90 mmHg consulte con su médico de cabecera.
3. Hable con su médico acerca de las medidas que puede tomar para reducir su colesterol, y si es necesario, tomar medicación para regularlo.
4. Tenga en cuenta que, a diferencia de alguien que no tiene un trastorno hemorrágico, usted NO debe tomar ácido acetilsalicílico diariamente para prevenir problemas cardíacos si tiene hemofilia severa.
5. Considere la posibilidad de hablar con un dietista si necesita ayuda para bajar de peso con el fin de disminuir el riesgo de ciertas afecciones relacionadas con la edad y el peso, como la diabetes y las enfermedades cardíacas.
6. Revise sus niveles de azúcar en la sangre una vez al año para detectar diabetes.
7. Hable con su médico acerca de tomar suplementos de calcio y vitamina D para protegerse de la osteoporosis.
8. Si usted experimenta disfunción eréctil, es posible que desee hablar con su médico acerca de los medicamentos. Sin embargo, tenga en cuenta que estos tratamientos pueden causar hemorragias nasales en personas con hemofilia.
9. No tenga miedo de hacer cambios en su rutina, así como en su hogar o en su ambiente de trabajo, para ayudar a mantener su independencia y mejorar su calidad de vida.
10. Busque el apoyo de su equipo de tratamiento de la hemofilia y/o un psicólogo o un familiar o amigo que pueda ayudarlo a lidiar con los problemas relacionados con la edad que pueda enfrentar ahora y en el futuro.



Miguel Ángel Martín

Secretario Federación Española de Hemofilia

Entrevista con el Paciente Miguel Ángel Martín, Fedhemo

1. ¿Cuándo recibió la noticia de que tenía hemofilia y qué cambios supuso en su vida?

La hemofilia es una enfermedad con la que naces, por lo cual la noticia en sí fue para mis padres y hermanas, que no habían escuchado esta enfermedad nunca. Yo crecí con ella y nunca me sentí diferente a los demás, supongo que mucho trabajo de ello era el esfuerzo de mi familia para no parecerlo. La vida cambia, hay muchas actividades que tienes que adaptarlas o no poder hacerlas, pero esta serie de actividades las he visto más como un reto o las he adaptado sin ningún problema.

2. ¿Cuál ha sido el principal reto al que se ha tenido que enfrentar como paciente con hemofilia?

Los retos son muchos a los que me he enfrentado, si tuviera que destacar los principales, serían:
-Formarme en todo lo que se refiere a la hemofilia para poder tener una opinión y ser objetivo a la hora de afrontar, tratamiento, estilo de vida, formación académica, etc.
-Otros de los retos principales ha sido concienciarme de llevar un estilo de vida saludable, especialmente con mis articulaciones dañadas. Dieta saludable, hacer mucho deporte, etc....

3. A los pacientes adultos con hemofilia, ¿se les suele hacer un seguimiento más estrecho de las comorbilidades que presentan, como la enfermedad cardiovascular, diabetes o daño articular?

Creo que, de algunas comorbilidades, si se les lleva un seguimiento muy estrecho, por ejemplo, en el estado articular o en lo relacionado a infecciones como VIH o VHC. Creo que la asignatura pendiente está en las comorbilidades asociadas a la edad del paciente, ya que en este campo no tenemos casi experiencia y está todo por determinar.

4. ¿Qué impacto psicológico y social cree que tiene la hemofilia en la mayor parte de los pacientes? En mi opinión, el paciente con hemofilia y su familia (en general el paciente crónico) deben tener durante toda su vida atención psicológica y social. En el diagnóstico es fundamental este apoyo a la familia para superar el gran impacto que esto produce en sus vidas. También es fundamental en la edad adolescente, sobre todo en adherencia al tratamiento y en poder elegir cuáles van a ser sus próximos pasos en su vida, formación, empleo, etc.

5. Teniendo en cuenta que las nuevas generaciones de pacientes hemofílicos son más longevas, ¿cómo cree que será el abordaje de las comorbilidades en las personas con hemofilia en el futuro?

Siempre he creído en el abordaje del paciente con hemofilia de manera interdisciplinar, aunque hasta el momento no habíamos incluido en este abanico de profesionales al médico de familia. Creo que los pacientes con hemofilia tenemos que visitar a nuestro médico de cabecera, no solo para el tratamiento de las comorbilidades (hipertensión, diabetes, etc....) sino también para incluirnos dentro de los planes nacionales de salud.

En el futuro el médico de familia tiene que jugar un papel muy importante dentro del tratamiento de los pacientes con hemofilia.

6. ¿Qué papel tiene y cree que tendrá el médico de atención primaria esten el seguimiento?

Un papel fundamental, al igual que lo tiene con todas las personas de edad adulta y vejez, tendremos que formar médicos de atención primaria, para que se especialicen en hemofilia. La inclusión en los planes generales de salud es fundamental y esta inclusión nace desde los médicos de atención primaria.

7. ¿Sigues alguna dieta específica para prevenir o controlar las potenciales comorbilidades asociadas a la hemofilia?

Sigo dieta sana, en general, hasta ahora no para controlar las comorbilidades, aunque sí para controlar el peso, ya que para mi articulación diana (rodilla izquierda) es muy importante no tener sobrepeso.

8. ¿Cuál fue la principal motivación que le llevo a ser miembro de una asociación de pacientes?

Al igual que con el diagnóstico de la hemofilia, mi madre fue una gran defensora del mundo asociativo, siempre me inculcó el estar en la asociación y asistir a todas las actividades que organizaba. Por lo cual, la asociación formó parte de mi vida y me vinculé a ella como Junta directiva, a penas con la mayoría de edad. Creo que es fundamental ser parte activa de la asociación, luchamos por nuestros derechos y por nuestra formación. Hablamos de nuestra salud o la de nuestros familiares.

9. ¿Cómo ayudan las asociaciones de pacientes a la gestión de las comorbilidades de los pacientes con hemofilia?

Como decía anteriormente es un nuevo campo de formación, del que tenemos que aprender todos, profesionales y pacientes. Las asociaciones estamos en marcha actualizándonos sobre planes de salud nacionales, sobre tratamientos que puedan ser utilizados según que comorbilidades, contactando con médicos de atención primaria para tener formación mutua. Con todo ello, estamos incluyendo esta información en todas las actividades que realizamos con pacientes. Además, participamos en la actualización de protocolos del centro hospitalario para derivaciones.

10. Desde su experiencia, ¿cómo valora el conocimiento y la atención que reciben las personas con hemofilia?

Estamos en la era de la información y cualquier persona puede acceder a mucha información a través de internet. Las asociaciones de pacientes somos la criba de la buena información y creo que los damos de la mano de los mejores profesionales. Formamos a las Juntas Directivas de las entidades para que a su vez formen a los pacientes. Creo que el paciente con hemofilia es en general un paciente muy bien formado y con un alto grado de conocimiento de su enfermedad.

11. Para finalizar, le pediría que nos diese un mensaje para las personas que padecen hemofilia y sus familiares. ¿Qué es lo más importante que tienen que tener en cuenta para mejorar su calidad de vida?

Las personas con hemofilia deben de tener un trabajo constante en su adherencia al tratamiento, con tratamiento no solo me refiero a la infusión de su medicamento, sino a tener hábitos de vida saludable. Es muy importante llevar una dieta sana, hacer deporte, siempre es posible hacer algún tipo de actividad física, y este trabajo constante hará que podamos hacer todo lo que nos proponemos.

Y a los familiares les diría que el apoyo de la familia es fundamental y ese apoyo ayuda al paciente a conseguir sus metas.

Hemofilia: recomendaciones nutricionales

Mantener un peso adecuado es muy importante en personas con trastornos de la coagulación, ya que un exceso de peso añade una presión adicional a las articulaciones, lo que aumenta el dolor y la frecuencia de hemorragias articulares. La actividad física, combinada con una alimentación saludable, te ayudará a mantener un peso adecuado.²²

Tu dieta puede aumentar las posibilidades de desarrollar una enfermedad cardíaca, hipertensión, algunos tipos de cáncer, diabetes, osteoporosis, etc...²³

A continuación te presentamos una serie de recomendaciones para mejorar tu nutrición y salud en general:

1. Comer acompañado

evita comer solo/a delante de la televisión, come junto con la familia y conviértete en un ejemplo para los tuyos.²²

2. No te saltes comidas

intenta comer poco y a menudo, y tomar tentempiés saludables.²²

3. Lee las etiquetas

de los productos para conocer bien su composición nutricional, evitando aquéllos con un mayor porcentaje de azúcar, grasas, sal y colesterol.^{22,23}

4. Utiliza de preferencia el aceite de oliva para cocinar.²²

5. Evita las frituras

como alternativa, cocina los alimentos al horno, al vapor o a la plancha.²²

6. El agua debe ser la bebida principal

también se recomienda tomar leche y bebidas bajas en calorías, y evitar los refrescos.²²

7. Evita la sobrecarga del hígado

eliminando de la dieta los alimentos con un exceso de azúcar y grasas, en especial si padeces hepatitis.²³



8. Aumenta el consumo de frutas y verduras, restringe el consumo de sal y limita el consumo de alcohol

para ayudar a controlar la hipertensión y prevenir las enfermedades cardiovasculares.¹⁰



9. Intenta que al menos la mitad de los cereales que tomes sean integrales

porque tienen un mayor efecto saciante, disminuyen los niveles de colesterol y estabilizan los niveles de glucosa, evitando las bajadas bruscas de glucosa durante la tarde.²⁴



10. Se recomienda tomar precauciones asociadas a la pérdida de sangre y mantenimiento del volumen sanguíneo

con un consumo de alimentos ricos en hierro, cobre, vitamina C, B12, B6 y ácido fólico.²⁴



11. Evita los condimentos altos en calorías

como la mayonesa y sustitúyelos por opciones como la mostaza o el limón.²⁴



12. Ten cuidado con las calorías ocultas

en productos como los batidos o las bebidas de café, que pueden llegar hasta las 400 calorías y presentan un elevado contenido en azúcar.²⁴



13. Cuando comas fuera de casa, pide porciones pequeñas

evitando las ofertas de los "combos" o porciones extras que supongan un ahorro, porque incitan a comer de más.²⁴

14. Pide lo que te sobra para llevar y no intentes comértelo todo

cuando comes fuera y pides demasiada comida.²⁴

15. Por último, incorpora una rutina de ejercicio adecuado

a tu condición física.¹⁰

● bibliografía

1. Canaro M, Goranova V, Berntorp E. The ageing patient with Hemophilia. *European Journal of Haematology* 2015; 94 Suppl. 77 (17–22). 2. Fearn M, Hill K, Williams S, et al. Balance dysfunction in adults with haemophilia. *Haemophilia* 2010; 16:606–14. 3. Philipp C. The patient with hemophilia: complications, co-morbidities, and management issues. *American Society of Hematology Education Program. Hematology* 2010; 191-6. 4. Sherlock E, O'Donnell JS, White B, Blake C. Physical activity levels and participation in sport in Irish people with haemophilia. *Haemophilia* 2010;16:e202–9. 5. Siboni SM, Mannucci PM, Gringeri A, et al. Health status and quality of life of elderly persons with severe hemophilia born before the advent of modern replacement therapy. *J Thromb Haemost* 2009; 7:780–6. 6. Anagnostis P, Vakalopoulou S, Slavakis A, et al. Reduced bone mineral density in patients with haemophilia A and B in Northern Greece. *Thromb Haemost* 2012;107:545–51. 7. Fransen van de Putte DE, Fischer K, Makris M, et al. Increased prevalence of hypertension in haemophilia patients. *Thromb Haemost* 2012;108:750-755. 8. von Drygalski A, Kolaitis NA, Bettencourt R, et al. Prevalence and risk factors for hypertension in hemophilia. *Hypertension* 2013;62:209–15. 9. Vargas RAG. La hemofilia congénita y las enfermedades crónicas del adulto *Rev Hematol Mex* 2012; 13 (1): 16-24. 10. Fernández Sarmiento C. Envejeciendo con hemofilia. En: *Guía de apoyo al paciente hemofílico y a sus familias*. Content Ed Net 2018; ISBN: 978-84-697-8274-3. 11. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension* 2003;42: 1206–52. 12. Kamphuisen PW, ten Cate H. Cardiovascular risk in patients with hemophilia. *Blood* 2014; 123:1297–301. 13. Worm SW, Sabin C, Weber R, et al. Risk of myocardial infarction in patients with HIV infection exposed to specific individual antiretroviral drugs from the 3 major drug classes: the data collection on adverse events of anti-HIV drugs (D:A:D) study. *J Infect Dis* 2010; 201:318–30. 14. Perk J, De Backer G, Gohlke H, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur Heart J* 2012;33:1635–701. 15. Schutgens RE, Tuinenburg A, Roosendaal et al. Treatment of ischaemic heart disease in haemophilia patients: an institutional guideline. *Haemophilia* 2009; 15:952–8. 16. Biere-Rafi, S., Tuinenburg, A., Haak, B.W., Peters, et al. Factor VIII deficiency does not protect against atherosclerosis. *Journal of Thrombosis and Haemostasis* 2012; 10:30–37. 17. Darby, S.C., Kan, S.W., Spooner, R.J., et al. Mortality rates, life expectancy, and causes of death in people with hemophilia A or B in the United Kingdom who were not infected with HIV. *Blood* 2007; 110: 815–825. 18. Van der Pute F, et al. Morbidity and mortality in ageing HIV-infected haemophilia patients. *Haemophilia* 2013; 19:141–149. 19. Witkop ML, Peerlinck K, Luxon BA. Medical co-morbidities of patients with haemophilia: pain, obesity and hepatitis C. *Haemophilia* 2016; 22: 47–53. 20. Bar-Chama N, Snyder S, Aledort L. Sexual evaluation and treatment of ageing males with haemophilia. *Haemophilia* 2011; 17:875–83. 21. Gianotten WL, Heijnen L. Haemophilia, aging and sexuality. *Haemophilia* 2009; 15:55–62. 22. *Living with Hemophilia: Healthy Living Through the Stages of Life*. Disponible en: https://www.hemophilia.com/stages_of_life.pdf. Último acceso octubre 2019. 23. *The haemophilia, von Willebrand disease & Platelet Disorders Handbook*. Disponible en: <https://www.hog.org/handbook/section/5/nutrition>. Último acceso octubre 2019. 24. <https://hemaware.org/mind-body/making-better-food-choices>. Último acceso octubre 2019.



NP_10162

Para más información, visita <https://liberatelife.es>
Síguenos también en: @Sobi_Iberia

sobi
rare strength