



ASOCIACIÓN DEL IMC, LA MEDICACIÓN HIPOLIPEMIANTE Y LA EDAD CON LA PREVALENCIA DE DIABETES TIPO 2 EN ADULTOS CON HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR HETEROCIGÓTICA: UN ESTUDIO TRANSVERSAL MUNDIAL

Elsorbagy, Amany et al. The Lancet Diabetes & Endocrinology, Volume 12, Issue 11, 811–823.

Antecedentes

El hipercolesterolemia familiar heterocigota (HFHe) es una condición genética caracterizada por elevados niveles de colesterol LDL (LDLc) debido a una disminución en la capacidad de aclaramiento de estas partículas lipídicas en la sangre, incrementando el riesgo de desarrollo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica precoz.

Las estatinas, son el pilar terapéutico principalmente utilizado para reducir el LDLc en pacientes con HFHe. Sin embargo, se han asociado con un riesgo incrementado de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en la población general. Por otro lado, se ha observado una baja prevalencia de DM2 en grupos de pacientes con HFHe, lo que plantea la posibilidad de que estos pacientes estén protegidos contra la diabetes tipo 2. Asimismo, la obesidad es un factor de riesgo bien conocido para el desarrollo de diabetes tipo 2.

Este estudio transversal mundial investiga las asociaciones de los determinantes clave de la DM2 (índice de masa corporal (IMC), la edad y el uso de medicamentos hipolipemiantes, especialmente las estatinas) en pacientes adultos con diagnóstico de HFHe.

Métodos

Este estudio transversal mundial utilizó datos a nivel individual del registro de la European Atherosclerosis Society Familial Hypercholesterolaemia Studies Collaboration (EAS FHSC) e incluyó a adultos mayores de 18 años con un diagnóstico clínico o genético de HFHe, que tuvieran datos disponibles sobre edad, IMC y estado de diabetes.

Se excluyeron aquellos con hipercolesterolemia familiar homocigota conocida o sospechada y diabetes tipo 1.

El principal resultado fue la prevalencia de diabetes tipo 2 en general, por región de la OMS y en relación con la obesidad (IMC ≥ 30 kg/m²) y el uso de medicamentos hipolipemiantes como predictores. La población de estudio se dividió en 12 categorías de riesgo basadas en la edad (terciles), la obesidad y el uso de estatinas, y se investigó el riesgo de diabetes tipo 2 mediante regresión logística.

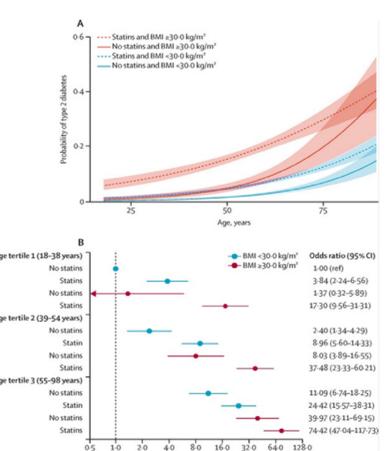
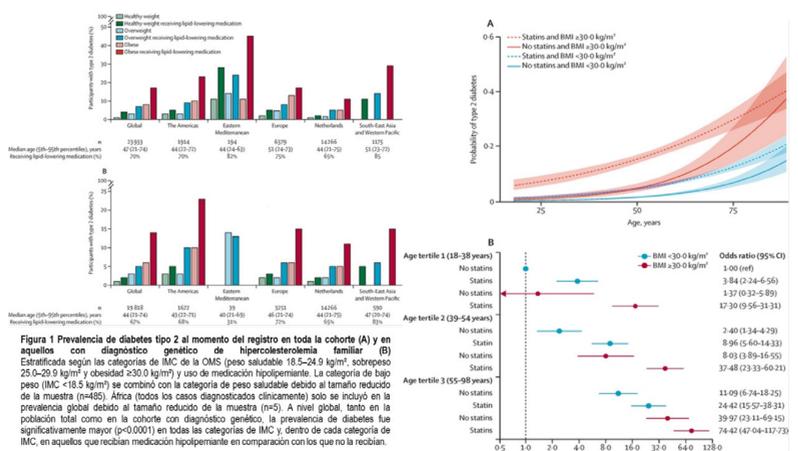
Hallazgos

De 46,683 adultos con datos individuales en el registro de la FHSC, se incluyeron en el análisis 24,784 pacientes con HFHe de 44 países. Un total de 19,818 (80%) tenían un diagnóstico genéticamente confirmado de HFHe. La prevalencia de DM2 en la población total fue de 5.7% (1,415 de 24,784), con 4.1% (817 de 19,818) en el grupo con diagnóstico genético. Se observó una mayor prevalencia de DM2 en el Mediterráneo Oriental (58 [29.9%] de 194), en Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental (214 [12.0%] de 1785), y en las Américas (166 [8.5%] de 1955) en comparación con Europa (excluyendo los Países Bajos; 527 [8.0%] de 6579).

La edad avanzada, una mayor categoría de IMC (obesidad y sobrepeso) y el uso de medicamentos hipolipemiantes se asociaron con un mayor riesgo de DM2, independientemente del sexo y del colesterol LDL. Entre las 12 categorías de riesgo, la probabilidad de desarrollar DM2 fue mayor en personas en la categoría de mayor riesgo (de 55 a 98 años, con obesidad y en tratamiento con estatinas; OR 74.42 [IC 95% 47.04–117.73]) que en aquellas en la categoría de menor riesgo (de 18 a 38 años, sin obesidad y sin tratamiento con estatinas). Aquellos que no presentaban obesidad, incluso si estaban en el tercil superior de edad y en tratamiento con estatinas, tenían un menor riesgo de DM2 (OR 24.42 [15.57–38.31]). Los resultados correspondientes en el grupo con diagnóstico genético fueron OR 65.04 (40.67–104.02) para los obesos en la categoría de mayor riesgo y OR 20.07 (12.73–31.65) para aquellos sin obesidad.

Interpretación

Los adultos con HFHe en la mayoría de las regiones de la OMS presentan una prevalencia de diabetes tipo 2 más alta que en Europa. La obesidad incrementa significativamente el riesgo de diabetes asociado con la edad y el uso de estatinas en estos pacientes. Nuestros resultados sugieren que la HFHe no protege contra la DM2, por lo que para reducir su desarrollo es esencial el manejo de la obesidad en este tipo de población.



Hazte SOCI@ de la SAHTA o Actualiza tus datos

La SAHTA en las Redes Sociales

33º Congreso Médico SAHTA 20º Jornadas de Enfermería 19º Jornadas de Farmacéuticos

Nuevas Dianas y Escenarios en Riesgo Vascular

Almería 2024

14-16 noviembre Hotel Elba Almería

#SAHTA2024

PLAN CUÍDATE+ -SAL = +SALUD

CONSUMO DIARIO MAXIMO 5g

NO PIERDAS LA REFERENCIA

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

agencia española de seguridad alimentaria y nutrición

ESH European Society of Hypertension

SEHLELHA

50 TAPAS "SIN SAL"

CONTRA TU HIPERTENSIÓN

DIFERENCIAS DE SEXO A LARGO PLAZO EN LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ATROSCLERÓTICA EN INDIVIDUOS CON HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR HETEROCIGÓTICA EN ESPAÑA: UN ESTUDIO CON DATOS DE SAFEHEART, UN ESTUDIO DE COHORTE PROSPECTIVO, MULTICÉNTRICO Y DE ÁMBITO NACIONAL

De Isla, Leopoldo Pérez et al. The Lancet Diabetes & Endocrinology, Volume 12, Issue 9, 643 - 652

Antecedentes

Las diferencias de sexo en la enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ECVA) en personas con hipercolesterolemia familiar (HF) han sido reportadas, pero no están completamente establecidas. Este estudio tuvo como objetivo evaluar las diferencias de sexo en el riesgo de ECVA y en la carga de ECVA a lo largo de la vida en pacientes con HF heterocigota (HFHe).

Métodos

El estudio SAFEHEART es una cohorte prospectiva, multicéntrica, y a largo plazo a nivel nacional, realizada en 25 hospitales de atención terciaria y un hospital regional en España. En el análisis se incluyeron participantes del estudio SAFEHEART mayores de 18 años con diagnóstico genético confirmado de HFHe. Los datos se recopilaron entre el 26 de enero de 2004 y el 30 de noviembre de 2022. La ECVA y la edad de inicio se documentaron al momento de la inscripción y durante el seguimiento. El objetivo fue investigar las diferencias de sexo en el riesgo y la carga de ECVA en pacientes con HFHe a lo largo del seguimiento y de toda la vida. El estudio SAFEHEART está registrado en ClinicalTrials.gov, NCT02693548.

Resultados

De los 5262 participantes en SAFEHEART en el momento del análisis, 3506 (1898 [54,1%] mujeres y 1608 [45,9%] hombres) cumplieron los criterios de inclusión y fueron incluidos en el estudio actual. La edad media fue de 46,1 años (DE 15,5) y la mediana de seguimiento fue de 10,3 años (RIQ 6,4–13,0). El colesterol LDL promedio en tratamiento durante el seguimiento fue de 3,1 mmol/L (DE 1,4) en mujeres y 3,0 mmol/L (1,5) en hombres. La reducción de colesterol LDL a lo largo del tiempo fue similar en ambos sexos (reducción absoluta de 1,39 mmol/L [IC 95% 1,30–1,47] en mujeres frente a 1,39 mmol/L [1,29–1,48] en hombres; p=0,98). Al momento de la inscripción, 130 (6,8%) mujeres y 304 (18,9%) hombres (p<0,0001) presentaban enfermedad cardiovascular. Durante el seguimiento, 134 (7,1%) mujeres y 222 (13,8%) hombres (p<0,0001) tuvieron eventos cardiovasculares incidentes. La mediana de edad en el primer evento de ECVA (principalmente por enfermedad arterial coronaria) fue de 61,6 años (RIQ 50,0–71,4) en mujeres y 50,6 años (42,0–58,6) en hombres (p<0,0001). La razón de riesgo ajustada para ECVA en hombres en comparación con mujeres durante el seguimiento fue de 1,90 (IC 95% 1,49–2,42), y para muerte cardiovascular fue de 1,74 (1,11–2,73). La supervivencia libre de eventos adversos mayores cardiovasculares (MACE) después de la inscripción fue menor en hombres que en mujeres (razón de riesgo 3,52 [IC 95% 2,98–4,16]; p<0,0001). La mediana de supervivencia libre de MACE fue de 90,1 años (IC 95% 86,5–no estimable) en mujeres y 71,0 años (69,2–74,6) en hombres. La edad a la cual el 25% de las mujeres había experimentado un evento MACE fue de 74,9 años, mientras que esta cifra fue de 55,5 años en los participantes masculinos.

Interpretación

Nuestros hallazgos sugieren que la carga y el riesgo de ECVA son notablemente menores en mujeres que en hombres con hipercolesterolemia familiar. Además, aunque tanto hombres como mujeres mostraron reducciones similares en los niveles de colesterol LDL bajo tratamiento, los hombres recibieron un tratamiento hipolipemiantes más intensivo con estatinas y terapia combinada. Las diferencias en el riesgo de ECVA entre sexos se atribuyen en parte a factores biológicos, como el perfil lipídico y las diferencias hormonales, así como a la disparidad en la intensidad de la terapia y del manejo en las mujeres. Estos resultados subrayan la importancia de considerar el sexo en la estratificación del riesgo y en el manejo personalizado de la HFHe.