



AVANCES EN MEDICINA

¿Modifica la ingesta calórica y el consumo de grasas la utilización de estatinas?



Does the use of statins modify calorie intake and fat consumption?

M. Seguí Díaz^{a,*}, J.A. División^b y C. Escobar Cervantes^c

^a Unidad Básica de Salud Es Castell, Menorca, España

^b Facultad de Medicina, Universidad Católica San Antonio de Murcia, Murcia, España

^c Servicio de Cardiología, Hospital La Paz, Madrid, España

Sugiyama T, Tsugawa Y, Tseng CH, Kobayashi Y, Shapiro MF. Different time trends of caloric and fat intake between statin users and nonusers among US adults: Gluttony in the time of statins? *JAMA Intern Med.* 2014;174:1038-45.

Resumen

Importancia del problema: Tanto la modificación de la dieta como la utilización de estatinas disminuyen los niveles de colesterol en la sangre. El incremento de la ingesta calórica entre la población general se señala que se ha estancado en la pasada década, sin embargo, no existe ningún estudio que evalúe las relaciones que pudieran existir entre las tendencias de la ingesta calórica y la utilización de estatinas.

Objetivo: Examinar las diferencias temporales entre las tendencias de ingesta calórica y de ingesta grasa entre los tratados con estatinas y los no tratados en la población norteamericana.

Material y métodos: Se trata de un estudio transversal con muestra nacional representativa con 27.886 ciudadanos estadounidenses de más de 20 años de edad en tratamiento

o no con estatinas extraídos de la encuesta National Health and Nutrition Examination Survey entre 1999 y 2010.

Se evaluó la ingesta calórica y de grasas según un registro de 24 h. Se aplicó un modelo lineal generalizado que midiera la tendencia temporal entre la interacción entre la ingesta dietética, por calorías e ingesta de grasas, y la utilización o no de estatinas tras ajustarlo según diversas variables confusoras. El índice de masa corporal (IMC) también se comparó entre ambos grupos.

Resultados: Según el estudio, entre los años 1999 y 2000 la ingesta calórica disminuyó significativamente entre los pacientes en tratamiento con estatinas frente a aquellos que no las utilizaban (2.000 frente a 2.179 kcal/d; $p=0,007$). Estas diferencias se acortaron con el tiempo, no existiendo cambios significativos en el período 2005-2006.

Entre los que tenían prescritas las estatinas en el período 2009-2010 hubo una ingesta calórica un 9,6% (IC 95% 1,8-18,1; $p=0,02$) mayor que en el período 1999-2000, que contrastó con la falta de cambios en este sentido entre los que no ingerían estatinas en el mismo período. En relación con la ingesta grasa, los que estaban en tratamiento con estatinas también consumieron menos en el período 1999-2000 (71,7 frente a 81,2 g/d, $p=0,003$), pero esta ingesta se incrementó tras este período hasta un 14,4% (IC 95% 3,8-26,1; $p=0,007$), al tiempo que no variaba entre los que no consumían estatinas. En cuanto al IMC, se incrementó más entre los que utilizaban las estatinas (+1,3) que entre los que no las utilizaban (+0,4), según el modelo aplicado ($p=0,02$).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mseguid5@gmail.com (M. Seguí Díaz).

Conclusiones: La ingesta calórica y de grasas se incrementó entre los pacientes a los que se les habían prescrito estatinas a lo largo del tiempo, algo que no ocurrió entre los que no ingerían esta medicación. El incremento del IMC fue más rápido entre los del grupo de estatinas que entre los que no las consumían. Todo ello lleva a hacer hincapié en el control de la dieta en los pacientes que utilizan estatinas.

Comentario

La prescripción de estatinas, aun siendo controvertida en prevención primaria¹, está enmarcada por lo general en un cambio de los estilos de vida, dentro de los que se encuentran la dieta y el ejercicio, tal como indican las Guías de Práctica Clínica al respecto. Bajo estas indicaciones, a priori, la ingesta calórica y de grasas debería disminuir. Sin embargo, existen factores que pueden hacer variar estas previsiones, y que se han visto en otras actividades preventivas, como puede ser la sensación de «falsa seguridad», que hace que se incremente la conducta riesgo (por ejemplo, aumentar la velocidad en aquellos que utilizan cinturones de seguridad, o realizar prácticas de riesgo sexual en aquellos que utilizan preservativos), que en el caso de las estatinas se traduciría en aumentar la ingesta calórica y de grasas. Por otro lado, existirían factores que influirían en el sentido contrario, ya que la prescripción de las estatinas seleccionaría una determinada población posiblemente más cumplidora y en la que el solo hecho de la prescripción haría que el comportamiento en general de estos pacientes fuera distinto al de la población general. Una prueba de esta afirmación es el estudio publicado en *Circulation* en 2009 con el título «Statin adherence and risk of accidents: A cautionary tale»², en el que los autores concluyen, tras analizar bases de datos farmacéuticas –British Columbia PharmaNet database–, sobre 141.086 pacientes que iniciaron una terapia con estatinas (1997-2004), que relacionaron con bases de datos del Ministerio de Sanidad, que la adherencia terapéutica a las estatinas al año de tratamiento se asociaba a una menor probabilidad de presentar accidentes en general, así como una mayor influencia en los accidentes de tráfico (hazard ratio [HR] 0,75; IC 95% 0,72-0,79) que en accidentes laborales (HR 0,77; IC 95% 0,74-0,81). La adherencia a estos fármacos estaba también asociada a la menor probabilidad de tener otras enfermedades no relacionadas con los efectos de las estatinas (HR 0,87; IC 95% 0,86-0,89).

En este sentido, y por el hecho de que la ingesta calórica se ha modificado en los países occidentales, al tiempo que la prescripción de estatinas se ha disparado, sería interesante conocer la tendencia comparativa en la ingesta, en cantidad (calorías, IMC) y calidad (grasas), entre los consumidores y los no consumidores de estatinas.

Según este estudio, el comportamiento preliminar (años 1999-2000) sería el que correspondería a la premisa inicial, al consejo dietético, al disminuir la cantidad de calorías y de grasas ingeridas en los pacientes que tenían esta prescripción, algo que iría en consonancia con otros estudios publicados al respecto³; sin embargo, el incremento posterior en la prescripción fue de la mano del aumento en el consumo de calorías y de grasas entre estos frente a aquellos que no las consumían, hasta que se estabilizó en el período 2005-2006. No obstante, la tendencia nos muestra que existió un aumento de calorías y de grasas en el período 2009-2010 en los que ingerían estatinas frente al período 1999-2000.

La explicación de esta tendencia no es sencilla y puede estar mediada por la metodología utilizada en la captación de información (entrevistas dietéticas con tendencia a dar respuestas más satisfactorias al entrevistador entre los que utilizaban estatinas) por un lado, por la pérdida de motivación en relación con la dieta al ser conscientes los pacientes que tomaban estatinas de que su colesterol estaba dentro de los límites correctos debido al consumo de estos fármacos, o que de por sí, estos ya constituyeran una población que comiera más⁴.

Bibliografía

1. Finegold JA, Manisty CH, Goldacre B, Barron AJ, Francis DP. What proportion of symptomatic side effects in patients taking statins are genuinely caused by the drug? Systematic review of randomized placebo-controlled trials to aid individual patient choice. *Eur J Prev Cardiol.* 2014;21:464–74.
2. Dormuth CR, Patrick AR, Shrank WH, Wright JM, Glynn RJ, Sutherland J, et al. Statin adherence and risk of accidents: A cautionary tale. *Circulation.* 2009;119:2051–7.
3. Lytsy P, Burell G, Westerling R. Cardiovascular risk factor assessments and health behaviours in patients using statins compared to a non-treated population. *Int J Behav Med.* 2012;19:134–42.
4. Redberg RF. Statins and weight gain. *JAMA Intern Med.* 2014;174:1046.