

¿QUÉ ESTATINA ES MÁS DIABETOGENICA?

Autora: Nieves García (Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. SAMU. Asturias)

Fecha de publicación: 02/11/2023

Patología: CI y factores de riesgo CV / Categoría: Controversia

Tiempo de lectura: 3 minutos



*Este post incluye opiniones de su autor. Las partes del texto subrayadas contienen **enlaces** a la evidencia científica en la que se sustenta.*

Este año publicamos un post en [CARPRIMARIA](#) sobre los efectos secundarios de las estatinas, entre los que citamos las alteraciones de la glucemia o desarrollo de Diabetes Mellitus (DM) de nueva aparición. El consenso de expertos apoya el uso de estatinas en aquellos pacientes con un perfil riesgo/beneficio a favor del beneficio, es decir, fundamentalmente los pacientes de mayor riesgo cardiovascular, principalmente en el ámbito de la prevención secundaria.

El riesgo de desarrollo de DM se relaciona con la dosis de la estatina, siendo mayor en las de alta densidad, de un 0,2%. También influyen factores individuales.

El último estudio relacionado con la DM y las estatinas es el [LODESTAR](#), un ensayo aleatorizado abierto con 4.400 pacientes del ámbito de la prevención secundaria (*enfermedad coronaria*), multicéntrico, pero en un solo país, **Corea del Sur**.

El estudio pretendía dilucidar la relación entre el desarrollo de DM con el tipo de estatina, comparando la **rosuvastatina** en dosis media alta de 17,1 mg de promedio, con la **atorvastatina**, en dosis diaria media de 36 mg, durante un periodo de 3 años. Los resultados mostraron una mayor incidencia de DM tipo 2 (DM2) entre los pacientes que tomaban **rosuvastatina** en comparación con los tomadores de **atorvastatina**, pero con un HR de 1,29 (IC del 95%, 1,01-1,63, P=0,04), poco relevante. Igualmente se observó un aumento de incidencia de cirugía de cataratas con la **rosuvastatina** (2,5% casos) frente a

la **atorvastatina** (1,5% casos), aunque la evidencia científica previa (de más calidad) descartó la asociación entre las estatinas y el riesgo de cataratas.

Este estudio adolece de problemas que reducen su impacto en práctica clínica:

- La dosis usada de estatinas es la media después del periodo de 3 años.
- Los médicos participantes tenían libertad a la hora de prescribir la dosis de estatina.
- La dosis usada de **rosuvastatina** fue más alta que la de **atorvastatina**, por tanto no pueden considerarse dosis equivalentes, algo que se refleja en los niveles de c-LDL, más bajos con la **rosuvastatina**. Además, sabemos que la incidencia de DM2 está relacionada con la dosis de estatina: a dosis más altas, más incidencia.
- Los resultados estadísticos son poco relevantes (*marginales*).
- Es importante asociar siempre la estatina con una modificación de los estilos de vida y controlando mejor los factores de riesgo CV. Esta información es difícil de obtener con fiabilidad, pero necesaria para comprender adecuadamente los resultados de este tipo de estudios.

CONCLUSIÓN

- Este estudio no tiene la calidad suficiente para concluir que la **rosuvastatina** es más diabetogénica que la **atorvastatina**. Por tanto, no sabemos que estatinas tienen mayor riesgo de desarrollo de DM2, aunque disponemos de [evidencia previa](#) que señala como más diabetogénicas a las estatinas más potentes (**atorvastatina** y **rosuvastatina**).
- El riesgo de desarrollo de DM2 por estatina es bajo.
- La evidencia científica avala el uso de estatinas para los pacientes con mayor riesgo CV, puesto que los beneficios superan claramente a los riesgos. Ahora bien, debemos asociar una vida cardiosaludable y un adecuado control de los factores de riesgo CV a la terapia estatínica. Por supuesto, es recomendable evitar la terapia estatínica en pacientes con riesgo no relevante de enfermedad CV pero riesgo significativo de desarrollo de DM.
- Debemos conocer la glucemia basal previa al inicio o cambio de dosis de estatina, y realizar un seguimiento analítico periódico.
- El estudio no tiene calidad suficiente para evaluar el riesgo de incidencia de cataratas con estas estatinas, además, la evidencia disponible hasta el momento, de mucha mayor calidad, no ha encontrado relación entre la terapia estatínica y el desarrollo de cataratas.



Ilustración 1. Situación actual de la relación estatinas con riesgo de DM2. Adaptado CARPRIMARIA

REFERENCIAS

[BMJ. 2023 Oct 18](#)

[Cardiovasc Diabetol. 2020 May 16;19\(1\)](#)

OTROS ARTÍCULOS DE INTERÉS

[¿Qué sabemos de las estatinas y los supuestos efectos secundarios?](#)