



1344 - RELACIÓN ENTRE EL USO DE ESTATINAS Y LA FUERZA MUSCULAR EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA. SUBANÁLISIS DEL ESTUDIO PROFUND-IC

Lucía Gandía Blanquer¹, Paula Hernández Sanjuán¹, Rebeca Fuerte Martínez¹, Gonzalo Serralta San Martín¹, Jorge Francisco Gómez Cerezo¹, Fernando Aguilar Rodríguez², Manuel Méndez Bailón³ y Llanos Soler Rangel¹

¹Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid, España. ²Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

³Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid, España.

Resumen

Objetivos: Determinar la relación entre el uso de estatinas y la fuerza muscular medida mediante el test de prensión manual.

Métodos: Se trata de un subanálisis del estudio PROFUND-IC, observacional y transversal en el que se han incluido pacientes de una cohorte multicéntrica hospitalizados por insuficiencia cardíaca (IC) descompensada y pluripatológicos. Se incluyeron pacientes que ingresaron con diagnóstico principal de IC, pluripatológicos y que al inicio presentaron NT-PROBNP > 1.500 pg/ml. Para medir la fuerza prensil se empleó un dinamómetro de mano hidráulico. Se consideró patológico una fuerza medida con la mano izquierda < 27 Kg en varones y < 16 Kg en mujeres. Los resultados de variables cualitativas se expresaron en frecuencias absolutas y relativas y las cuantitativas con la mediana y rango intercuartílico al presentar una distribución no normal. Se consideró una significación estadística $p < 0,05$.

Resultados: Se recogieron un total de 476 pacientes, de los cuales el 53,15% estaba en tratamiento con estatinas (tabla 1), con una edad media de 84 años. Los pacientes con estatinas presentaron más factores de riesgo cardiovascular (diabetes, hipertensión, cardiopatía isquémica...). La fuerza prensil resultó patológica en el 81% de los pacientes con estatinas frente al 84,7% de los que no las tomaban. En relación a los pacientes con fuerza prensil patológica, la edad media fue mayor. Los pacientes con diagnóstico más temprano de IC y NYHA III-IV presentaron peores resultados en la fuerza prensil. Lo mismo ocurrió con los pacientes con peor puntuación en las escalas SPPB, Barthel y Profund. En el análisis univariante (tabla 2) se observó que los factores que más parecen asociarse a una peor fuerza prensil en pacientes que toman estatinas son la presencia de dependencia moderada-severa, diagnóstico de IC > 18 meses, índice Profund, la edad y clasificación NYHA III-IV. Respecto al objetivo principal del estudio, la OR cruda (fig.) indicaba una tendencia no significativa a que el tratamiento con estatinas se relacionaba con una mayor fuerza prensil. Este hecho no se confirmó al hacer el análisis multivariante ajustado a los factores de confusión. Por tanto, concluimos que no existe relación entre el uso de estatinas y tener menor fuerza muscular, con un valor OR global de 1,036 (p 0,94).

Tabla 1. Análisis descriptivo tratamiento estatinas sí/no

Variables*	Estatinas (n = 253)	No estatinas (n = 223)	p†
Edad, Md (IQR)	84,54 (77,9-88,8)	87,49 (83,2-91,6)	< 0,001
Sexo, n (%)			0,140
Varón	111 (43,9)	83 (37,02)	
Mujer	142 (56,1)	140 (62,8)	
Diabetes, n (%)	130 (51,4)	76 (34,9)	< 0,001
Dislipemia, n (%)	213 (84,2)	77 (34,5)	< 0,001
Hipertensión, n (%)	237 (93,7)	194 (87)	0,013
Tabaquismo activo, n (%)	17 (6,7)	6 (2,7)	0,024
Colesterol total, Md (IQR)	129 (109-155)	145 (123-176)	< 0,001
Colesterol LDL, Md (IQR)	67 (50-85,5)	82 (65-103)	< 0,001
EPOC, n (%)	57 (22,5)	43 (19,3)	0,386
AOS, n (%)	56 (22,1)	28 (12,6)	0,006
Fibrilación auricular, n (%)	175 (69,2)	159 (71,3)	0,612
Cardiopatía isquémica, n (%)	97 (38,3)	32 (14,4)	< 0,001
Ataque cerebrovascular, n (%)	58 (23)	27 (12,2)	0,002
Clase NYHA, n (%)			0,306
I-II	138 (55)	133 (59,6)	
III-IV	113 (45)	90 (40,4)	
FEVI, n (%)			0,762
< 40	39 (15,6)	33 (15)	
40-49	42 (16,8)	32 (14,5)	
≥ 50	169 (67,6)	155 (70,5)	
Fuerza prensil patológica (grasp), n (%)	136 (81)	111 (84,7)	0,392
Sppb, n (%)			0,213
0-6 (moderada-grave)	165 (73,7)	153 (78,9)	
7-12 (mínima-media)	59 (26,3)	41 (21,1)	
Barthel, Md (IQR)	85 (55-95)	70 (45-95)	0,010
MNA, Md (IQR)	11 (10-12)	10 (8-12)	0,006
Índice Profund, Md (IQR)	5 (3-9)	7 (3-10)	0,033

*Para la descripción de las variables cualitativas se emplearon frecuencias absolutas y relativas (n, %). Las variables cuantitativas se expresaron como mediana (Md) y rango intercuartílico (IQR) al presentar todas ellas una distribución no normal. La normalidad de una distribución se comprobó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. †Para la comparación de variables, se utilizó la prueba de Chi-cuadrado y la prueba de U de Mann-Whitney cuando la distribución fue no normal. El nivel de significación estadística establecido fue $p < 0,05$.

Tabla 2. Análisis univariante

Variables	OR IC (95%) *	Significación p†
Diagnóstico de IC > 18 m	2,542 (1,476-4,378)	0,001
Número de ingresos en el último año por IC	1,377 (1,060-1,788)	0,016

Clase NYHA III-IV	2,394 (1,365-4,197)	0,002
Edad	1,075 (1,044-1,108)	< 0,001
Sexo		
Varón (REF)		
Mujer	1,318 (0,774-2,245)	0,310
EPOC	0,887 (0,467-1,685)	0,714
Tabaquismo	0,514 (0,336-0,788)	0,002
FEVI Reducida/ligeramente reducida	0,457 (0,263-0,795)	0,005
Nº total de fármacos	0,998 (0,931-1,069)	0,948
Betabloqueantes	0,348 (0,178-0,680)	0,002
Estatinas	0,766 (0,415-1,413)	0,393
Corticoides	2,564 (1,214-5,417)	0,014
Desnutrición/riesgo desnutrición (MNA)	1,560 (0,724-3,361)	0,256
Grado de dependencia moderado/grave/total (Barthel)	3,754 (2,159-6,529)	< 0,001
Índice PROFUND	1,254 (1,157-1,358)	< 0,001

*OR: *odds ratio*; IC95%: intervalo de confianza al 95%. †Significación < 0,05.

Figura 1. Análisis de la influencia del tratamiento hipolipemiante en el deterioro de la fuerza prensil

	OR IC (95%)	p
OR cruda	0.766 (0.415 - 1.413)	0,393
OR ajustada (*)	1,036 (0,38 - 2,82)	0.944

(*) El ajuste se realizó por las variables: diagnóstico de IC > 18 meses, nº ingresos, NYHA III-IV, edad, tabaquismo, FEVI, betabloqueantes, corticoides, puntuación MNA, grado de dependencia y Profund.

Discusión: Parte del manejo de la IC se dirige al control de factores de riesgo cardiovascular, como la dislipemia, mediante el tratamiento con estatinas. Sin embargo, existe la preocupación de que las estatinas puedan empeorar la fuerza muscular, lo que influiría de forma negativa en el pronóstico de estos pacientes. Por tanto, nos parece de interés evaluar la posible asociación entre el uso de estatinas en pacientes con IC y la pérdida de fuerza muscular, ya que, probablemente, se prescriben menos estos fármacos a pacientes de mayor edad o más frágiles, aunque no existe una evidencia sólida que sustente un efecto deletéreo de los mismos sobre la fuerza muscular.

Conclusiones: En nuestro estudio no se observa relación entre el uso de estatinas y presentar una peor fuerza muscular, por lo que la prescripción de este tratamiento no debe ser una limitación en pacientes frágiles.