



# UNIVERSIDAD GUADALAJARA LAMAR

## MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS

ACTIVIDAD 1

### HOSPITAL SALUD DE LOS ENFERMOS

RUELAS DELGADO JOEL  
ARTURO  
LME3634

El Estudio ha mostrado que, cada año, 3 de cada 100 pacientes de nuestra unidad de diálisis desarrollaron FA. La probabilidad de presentar FA a los 5 años de seguimiento, en

una población de las características clínicas que presentan los pacientes incluidos en este estudio, es aproximadamente del 10% (fig. 1). Este dato no puede ser comparado con otros estudios al no haber sido previamente descrito. Aunque la edad de los pacientes que desarrollaron FA fue superior a la de los que mantuvieron el ritmo sinusal, el escaso número de pacientes ha hecho que la diferencia sólo se encuentre al límite de la significación estadística. Si bien en estudios poblacionales la prevalencia de FA es mayor en varones, con una proporción del 56,6%<sup>3</sup>, el porcentaje del 85% de varones de nuestro estudio no es concordante con el previamente descrito<sup>3-6</sup> ni con el encontrado en nuestros propios trabajos previos<sup>9</sup>, y no podemos ofrecer ninguna explicación para él. No hemos podido identificar, en el análisis multivariable, factores predictores independientes de mayor probabilidad de desarrollar FA. La evolución clínica de los pacientes que desarrollaron FA ha sido peor que la de los que mantuvieron el ritmo sinusal. En lo que respecta a la mortalidad, el presente estudio no ha identificado a la FA como un factor predictor independiente de mortalidad, aunque hay una tendencia que creemos que debe comentarse. En la figura 2 podemos comprobar que la supervivencia del grupo de ritmo sinusal muestra un descenso progresivo durante el seguimiento. Sin embargo, en el grupo de FA la curva de supervivencia presenta un descenso brusco a partir de los 40 meses de seguimiento, coincidiendo con la mediana del tiempo de aparición de la arritmia, de tal forma que la mortalidad a los 40 meses fue del 10% (2/20) en el grupo que desarrolló FA y del 30% (44/144) en el grupo que mantuvo el RS, y al final del seguimiento fue del 60% (12/20) y el 43,7% (63/144), respectivamente, si bien hay que tener en cuenta que la totalidad de los 41 pacientes trasplantados o cambiados de técnica de diálisis y, por tanto, censurados, pertenecía al grupo que no presentó la arritmia. Cuando analizamos la supervivencia al primer y segundo años tras aparecer la FA en el grupo de pacientes con edad  $\geq 65$  años y la comparamos con la de los pacientes con esa edad que no desarrollan la arritmia, también encontramos diferencias entre ambos grupos, aunque continúan sin ser estadísticamente significativas. Ya se ha señalado<sup>16</sup> que es importante distinguir entre FA como «factor de riesgo» de mortalidad y morbilidad y FA como «marcador de riesgo» de comorbilidad, de forma que la arritmia puede aparecer como una consecuencia de una enfermedad grave y compleja en individuos predispuestos y no puede ser considerada, por tanto, como condicionante de la evolución pos-

terior. En nuestro estudio, 2 pacientes murieron antes del mes desde la aparición de la arritmia y sólo uno de ellos tenía una edad  $\geq 64$  años por lo que, aun excluyéndolo del análisis de supervivencia, los resultados no se modifican de forma significativa. Dado que

sólo es posible establecer la presencia de la FA cuando se documenta y no cuando se inicia, los eventos tromboembólicos fueron considerados, en ambos grupos, durante todo el período de seguimiento; a pesar de esto, la incidencia de tromboembolismos fue significativamente mayor en los pacientes que desarrollaron la arritmia (fig. 3). Tanto en lo que respecta a la mortalidad como a los fenómenos tromboembólicos, los resultados del presente estudio deben interpretarse en relación con lo descrito para la población general. Si revisamos los estudios que analizan la influencia de la FA en la mortalidad de la población general, observamos que el incremento del riesgo oscila entre 1,4 y 2,54,5,17. En nuestro trabajo previo<sup>10</sup>, la FA representó un incremento del riesgo de mortalidad de 2,1 veces y en el presente estudio la mortalidad al primer y segundo años fue del 38 y el 53% en el grupo de FA, y del 14 y el 31% en el grupo de ritmo sinusal (RS), lo que indica que nos encontramos ante una situación no muy diferente de la hallada en la población general. Los pacientes con FA han visto aumentada la probabilidad de presentar un fenómeno tromboembólico en 4,6 veces en nuestro anterior estudio<sup>10</sup> y en 5,2 veces en el presente trabajo, lo cual tampoco muestra diferencias importantes respecto a lo observado por el estudio de Framingham para la población general<sup>6</sup>. La importancia, por tanto, de la FA en los pacientes en diálisis radica en el hecho de que multiplica unos riesgos ya de por sí elevados y en la alta prevalencia e incidencia de la arritmia en dichos pacientes. La incidencia de 3,1/100 pacientes-año y la prevalencia del 13,6% en la totalidad de la población y del 16,4% en los pacientes  $\geq 64$  años<sup>9</sup> suponen unos porcentajes muy superiores a los que presenta la población general, estimados en el 9,0% en los individuos con edad  $\geq 80$  años<sup>3</sup> y en el 4,7%<sup>18</sup> o el 5,9%<sup>19</sup> con edad  $\geq 65$  años. Dado que la edad de la población que inicia diálisis es cada vez más elevada, creemos que el problema de la FA en la población en diálisis requerirá mayor atención en el futuro y será necesario establecer el tratamiento de esta situación.