



Universidad Guadalajara LAMAR

MEDICINA

Incidencia de la fibrilación
auricular en los pacientes en
hemodiálisis. Estudio
prospectivo a largo plazo

Medicina basada en evidencias

Martínez Ávila Katia Alejandra

LME4183

Aunque la fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente en la población y constituye un relevante problema social y sanitario, su incidencia en los pacientes en hemodiálisis es desconocida. El objetivo es determinar la incidencia de FA en nuestra población en hemodiálisis, analizar los factores que condicionan su aparición y su influencia en la evolución clínica.

Métodos.

Seguimos, durante 7 años, a 164 pacientes que se encontraban en ritmo sinusal (RS). Determinamos la aparición de FA y su influencia en la mortalidad y en la aparición de fenómenos tromboembólicos.

Resultados.

Durante un seguimiento medio de $47 \pm 29,5$ meses (643,2 pacientes-año), 20 pacientes desarrollaron FA (3,1/100 pacientes-año), sin que se identificaran los factores que condicionaron la aparición de la arritmia. En el grupo ≥ 65 años, la mortalidad al primer y segundo año tras la aparición de FA fue del 38 y el 53%, respectivamente, mientras que en los pacientes que mantuvieron el RS fue del 14 y el 31% ($p = \text{NS}$); el desarrollo de FA no se mostró como factor predictor independiente de mortalidad. Cinco pacientes del grupo de FA desarrollaron 6 episodios tromboembólicos durante un seguimiento de $23,6 \pm 21,4$ meses (15 episodios/100 pacientes-año), mientras que el grupo que mantuvo el RS presentó 3 episodios/100 pacientes-año (riesgo relativo [RR] = 5,2; intervalo de confianza [IC] del 95%, 2,1-12,4).

Conclusiones.

Tres de cada 100 pacientes desarrollaron, cada año, FA en nuestra unidad de diálisis. La aparición de FA incrementó en 5 veces el riesgo de presentar una complicación tromboembólica. La utilización del tratamiento anticoagulante en estos pacientes necesita ser cuidadosamente evaluada.

Se definió la cohorte adecuadamente (punto de entrada en el estudio, comprobación de ausencia de enfermedad)?

Durante un seguimiento medio de $47 \pm 29,5$ meses (643,2 pacientes-año), 20 pacientes desarrollaron FA (3,1/100 pacientes-año), sin que se identificaran los factores que condicionaron la aparición de la arritmia.

Tres de cada 100 pacientes desarrollaron, cada año, FA en nuestra unidad de diálisis. La aparición de FA incrementó en 5 veces el riesgo de presentar una complicación tromboembólica.

Fue la evaluación de la exposición al factor adecuada?

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 ≥ 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.

Fue la medición de los resultados (enfermedad) similar en los expuestos y en los no expuestos? Si, mas no fue un estudio de cohorte como tal porque no había pacientes no expuestos.

Si, mas no fue un estudio de cohorte como tal porque no había pacientes no expuestos.

Fue el seguimiento de todos los pacientes completa?

El análisis univariable fue realizado con un test no paramétrico (Mann-Whitney) para variables cuantitativas y el test exacto de Fisher para variables cualitativas. Para el análisis multivariable se utilizó el análisis de regresión logística. La supervivencia fue calculada según el método de Kaplan-Meier.

Que tan comparables son los grupos de expuestos y no expuestos?

No son comparables

| | | | |
|-------------------------------|-----|------|---------|
| Factor de riesgo o protección | ENF | NENF | |
| Expuestos | A | B | A+B |
| No expuestos | C | D | C+D |
| | A+C | B+D | A+B+C+D |

| | | | |
|--------------|----------|-------------|-----|
| | Enfermos | No enfermos | |
| Expuestos | 20 | 103 | 123 |
| No expuestos | 0 | 41 | 41 |
| | 20 | 144 | 164 |

Incidencia: $(A+C)/(A+B+C+D) = 20/164 = 20/164 = 0.12 = 12\%$

RR: $(A/A+B)/(C/C+D) = (20/123)/(0/41) = 0.16 = 16\%$

RA: $(A/A+B) - (C/C+D) = (20/123) - (0/41) = 0.16 = 16\%$