

ACTIVIDAD 1.4

Objetivo de aprendizaje:

Aprender a interpretar estudios de pruebas diagnósticas, estudios de asociación riesgo: cohorte y casos y controles.

Introducción a la actividad

La disponibilidad de información médica en los tiempos actuales es ilimitada, pero no toda es confiable, la investigación clínica es una práctica compleja que requiere el conocimiento de los diferentes tipos de investigación y de sus características particulares para realizarse, además los médicos podemos ser objeto de la mercadotecnia de las diferentes empresas farmacéuticas y ser bombardeados constantemente con información que dice que su producto es el mejor, por ello es importante desarrollar una lectura crítica que nos permita seleccionar la mejor información para guiar nuestras decisiones diagnósticas y terapéuticas y la herramienta indispensable para ello es la Medicina Basada en Evidencia.

Instrucciones:

Analizar el artículo de casos y controles y señalar si se definió adecuadamente los casos, si estos fueron incidentes o prevalentes, si los controles fueron seleccionados de la misma población/cohorte que los casos. Si la medición de la exposición al factor de riesgo fue similar en los casos que en los controles, que tan comparables son los casos y los controles con la exposición al factor de riesgo, fueron los métodos para controlar los sesgos de selección e información adecuados, calcule la razón de momios.

ANALISIS

En base el artículo sobre un estudio de fibrilación auricular observamos que se definió adecuadamente los casos y controles, el cual nuestros pacientes tuvieron que a ver acudido por primera vez a consulta cardiológica y tuvieron un rango de edad el cual era de 66 ± 8 años.

La recogida de datos se realizó mediante el análisis en la historia clínica, hospitalaria o ambulatoria, de la existencia de factores de riesgo coronario como, presencia o no de cardiopatía orgánica, analítica básica y electrocardiograma de 12 derivaciones, también.

Se analizaron factores de riesgo y fueron similares en los casos que en los controles así como los factores de riesgo coronario de primer orden: edad, sexo, hábito tabáquico (considerándose como fumador habitual el consumidor de más de 5

cigarrillos/día), hábito etílico (definiéndose como consumo habitual el superior a 40 g de etanol al día), HTA, colesterol total (definiéndose como hipercolesterolemia la presencia de cifras superiores a 240 mg/ml tras 12 h de ayuno o toma de medicación hipolipemiante), diabetes (definida como cifras superiores a 140 mg/dl en determinaciones en ayunas de al menos 12 h o toma de antidiabéticos orales o tratamiento con insulina) y HVI definida por los criterios electrocardiográficos de Sokolow (SV1 o SV2 + RV5 o RV6 > 3,5 mV)²⁸ o por ecocardiografía cuando el grosor del septo interventricular era superior a 12 mm.

Los pacientes con otros diagnósticos cardiológicos, aunque fueron recogidos todos sus datos clínicos, fueron finalmente excluidos, dada su menor prevalencia en la muestra, para el análisis final de los datos. Dentro de la muestra analizada se establecieron 2 grupos para el análisis final de los datos:

- a) el grupo de estudio (grupo F) formado por todos los pacientes que presentaban criterios de FA tanto paroxística como crónica (duración ³ 1 mes), cumplían todos los criterios de inclusión y tenían realizado un ecocardiograma-Doppler en el momento del diagnóstico,
- b) el grupo control (grupo C), formado por el resto de los individuos de la muestra, que fue utilizado como control para el análisis final de los datos.

La comparación de factores de riesgo y cardiopatía estructural según la existencia de accidente cerebrovascular 73 pacientes (24%) con FA presentaron complicaciones en su evolución con un accidente cerebrovascular (ACV) (transitorio en el 72% de los casos) del grupo tenía una cardiopatía hipertensiva de base, el 34% valvulopatía mitral reumática, el 12% cardiopatía isquémica, el 11% miocardiopatía dilatada y tan sólo en el 1% de los individuos se trataba de una FA aislada.

La prevalencia de factores de riesgo cardiovascular fue del 54% presentaron antecedentes de HTA, el 30% criterios de HVI en el electrocardiograma, el 30% diabetes, el 23% consumo habitual de alcohol, el 19% tabaquismo y el 16% concentraciones elevadas de colesterol total. La media de factores de riesgo cardiovascular fue de $1,8 \pm 1,3$.

Con esto podemos concluir que nuestro artículo utilizó la información necesaria la cual llegó a su objetivo, así como sus métodos de selección se pudieron comparar los casos y controles de nuestra misma población, y nuestros casos fueron prevalentes

	CASOS	CONTROLES	
EXPUESTOS	a)300	b)50	350
NO EXPUESTOS	c) 700	d)300	1000
TOTAL	a+c=1000	b+d= 350	a+b+c+d= 1350

Calcular la Razón de Momios.

$$\frac{a * d}{b * c} = \frac{300 * 300}{50 * 700} + \frac{90,000}{35,000} = 2.571$$

$$\frac{a/d}{c/d} = \frac{300/50}{700/300} + \frac{6}{2.33} = 2.571$$

INTERPRETACION DE LA RAZÓN DE MOMIOS

Si una razón de momios es =1 No hay asociación

Si una razón de momios es >1 Hay una asociación positiva

Si una razón de momios es <1 Hay una asociación negativa