



FACULTAD DE MEDICINA

MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS

Agustin Roa Flores

ESTUDIO DE LA ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN
UNA MUESTRA DE 300 PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR

El artículo definió adecuadamente los casos a estudiar en este caso fueron pacientes diagnosticados con FA comparándolo con una población aparentemente sana de acuerdo a una exploración física completa en el servicio de cardiología.

Todos los casos estudiados fueron de prevalencia, en este caso los controles fueron tomados de una consulta en el servicio de cardiología del hospital central de Asturias el único criterio de selección en ambos casos fue acudir por primera vez a valoración por cualquier motivo a la consulta de cardiología.

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

En el grupo con FA fue condición indispensable la realización de un ecocardiograma Doppler en el momento del diagnóstico.

Fueron rechazados todos los sujetos que no tenían alguna de estas exploraciones completas.

A todos los individuos se les realizaron una exploración clínica completa y otras técnicas complementarias (radiografía simple de tórax, ecocardiografía Doppler, test de esfuerzo, etc.) si el estudio así lo requería, así que los controles y los casos fueron recabados y seleccionados de la mejor manera posible y adecuadamente de acuerdo al tipo de estudio.

Esta fue la manera en cómo se analizó a medición de la exposición a los factores de riesgo los cuales fueron los siguientes: 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 hipolipemiente), 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.

Dada la dificultad para aplicar estos criterios en el caso del bloqueo completo de rama fueron excluidos del estudio todos los individuos que presentaban esta alteración.

La toma de tensión arterial se realizó siguiendo las normas de la Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial, tomando la segunda de dos mediciones separadas 5 min y considerando hipertensos a los individuos con presiones arteriales sistólicas mayores o iguales a 140 mmHg y/o presiones arteriales diastólicas mayores de 90 mmHg y/o con antecedentes de HTA en tratamiento medicamentoso.

El antecedente de cardiopatía se analizó recogiendo los informes de la historia clínica o del alta hospitalaria.

Se consideraron los siguientes diagnósticos:

a) individuo sano referido a ausencia de cardiopatía estructural (cuando sin clínica cardiológica tanto la exploración como el electrocardiograma y la radiografía de tórax eran normales).

b) cardiopatía hipertensiva, basada en la existencia de HTA con HVI por electrocardiografía de 12 derivaciones o estudio ecocardiográfico, en ausencia de otra cardiopatía estructural

c) cardiopatía isquémica, basada en la existencia previa de infarto agudo de miocardio o angina de pecho típica (definida por clínica y/o test de esfuerzo indicativo y/o lesiones coronarias significativas en una coronariografía)

d) valvulopatía mitral reumática, basándose el diagnóstico en una historia previa de fiebre reumática o enfermedad valvular (definida por exploración física y ecocardiografía-Doppler), y e) miocardiopatía congestiva diagnosticada por clínica y exploración sugestivas, radiografía de tórax y/o ecocardiografía Doppler

De esta manera podemos darnos cuenta que se analizaron los mismos factores de riesgo en los casos y los controles y se dividieron de acuerdo al diagnóstico con la implementación de las historias clínicas para la evolución del estado general del paciente además de poder ubicar a cada uno ellos en el grupo que le pertenecía de acuerdo a los factores de riesgo y signos y síntomas presentados así que fue muy buena la manera de organización e implementación de métodos para comparar los factores de riesgo entre los casos y controles.

Fueron los métodos para controlar los sesgos de selección e información adecuados para el tipo de estudio y la población en la que se llevó a cabo el estudio.

RAZON DE MOMIOS

$$A \times D / B \times C = 300 \times 300 / 50 \times 700 = 90000 / 35000 = 2.57$$

$$(A / B) / (C / D) = (300 / 50) / (700 / 300) = 6 / 2.3 = 2.6$$

	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

Interpretación razón de momios

Si una razón de momios = 1 no hay asociación

Si una razón de momios >1 hay una asociación positiva (posiblemente causal)

Si una razón de momios < 1 hay una asociación negativa (posiblemente protectora)