



Martin del campo Hernández Marcela Jaqueline
LME4411

MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS

23-febrero-2017

Guadalajara Jalisco.

8° semestre

Hospital Maternidad Infantil Esperanza López Mateos.

Supervisado por la Dra. María del Carmen González Torres.

Análisis del Artículo

Estudio de la etiología y factores de riesgo asociados en una muestra de 300 pacientes con fibrilación auricular

El artículo fue definido adecuadamente por el caso a estudiar de los pacientes diagnosticados por FA a comparación de otro grupo de personas sanos en el área de cardiología que fueron diagnosticados aparentemente sanos. Los controles fueron tomados de consulta del área de cardiología.

Analizar la etiología y prevalencia de factores de riesgo en pacientes con fibrilación auricular. Pacientes y métodos. Aplicando un estudio de casos y controles no apareado, se estudian consecutivamente 300 pacientes (143 varones) con fibrilación auricular y edad media de 66 ± 8 años. Este grupo se compara con un grupo control de 700 pacientes con 65 ± 12 años de edad.

Los datos que se recogieron, se realizaron 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 pacientes que no tenían alguna de estas exploraciones completas. A todos los pacientes a los que 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 como 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. Evidencia de 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),

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 evaluación de el 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 llevo a cabo el estudio.

¿se definió adecuadamente los casos?

El estudio fue diseñado como un estudio de casos y controles no apareado, describiéndose la frecuencia para cada variable estudiada, globalmente y de forma separada para casos, controles

¿fueron incidentes o prevalentes?

Ambos, predomina más la prevalencia con datos de cardiopatía estructural y riesgos de factores cardiovasculares.

<p>¿los controles fueron seleccionados de la misma población/cohorte que los casos.?</p>	<p>Las variables cualitativas se expresan como porcentaje, comparándose con el test de la χ^2. Las variables cuantitativas se expresan como media más/menos desviación estándar ($X \pm DE$) y se compararon mediante el test de la «t» de Student. Un valor de $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.</p>
<p>¿Si la medición de la exposición al factor de riesgo fue similar en los casos que en los controles?</p>	<p>No ya que Se estudiaron las características generales del grupo con FA referidas a etiología y cardiopatía, factores de riesgo cardiovascular, y se establecieron análisis comparativos para el sexo, la edad (comparando mayores y menores de 65 años) y la presencia de accidente cerebrovascular. Finalmente se analizaron las diferencias estadísticas entre el grupo de estudio y el grupo control</p>
<p>¿que tan comparables son los casos y los controles con la exposición al factor de riesgo?</p>	<p>En el análisis estadístico se encontraron diferencias significativas para ambos grupos tanto en lo referente a la etiología como a la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular. En la figura 1 se analiza la comparación de etiologías y de factores de riesgo en el grupo con FA según el sexo.</p>
<p>¿fueron los métodos para controlar los sesgos de selección e información adecuados?</p>	<p>fueron predictores clínicos significativos de FA, duplicando el riesgo de desarrollo de esta arritmia. La presencia de miocardiopatía dilatada triplicó el riesgo de padecer esta arritmia</p>

Población

Total → 300

Población enferma → 350

Población Sana → 1000

	CASOS	Constroles	Total
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

Fórmulas:

Razón de momios = $(a)(d) / (b)(c) =$

$$\frac{a}{b} =$$

$$\frac{c}{d} =$$

❖ $a \times d / b \times c = 300 \times 300 / 50 \times 700 = 90000 / 35000 = 2.57$

❖ $(a / b) / (c / d) = (300 / 50) / (700 / 300) = 6 / 2.3 = 2.6$

❖

❖ Si la razón de momios es > “ asociado a positivo de origen causal”