

Artículo original

La puntuación CHADS₂ como predictor de riesgo de ictus en ausencia de fibrilación auricular en pacientes hipertensos de 65 o más años

Pedro Morillas^{a,*}, Vicente Pallarés^b, Lorenzo Fácil^c, Jose Luis Llisterri^d, María Eugenia Sebastián^e, Manuel Gómez^a, Elena Castilla^a, Raquel Camarasa^a, Miriam Sandin^a, Antonio García-Honrubia^a, en representación de los investigadores del registro FAPRES[◇]

^aServicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Elche, Elche, Alicante, España

^bUnidad de Vigilancia de la Salud, Unión de Mutuas, Departamento de Medicina, Universitat Jaume I, Castellón, España

^cServicio de Cardiología, Hospital General de Valencia, Valencia, España

^dCentro de Salud Joaquín Benlloch, Valencia, España

^eServicio de Anestesia y Reanimación, Hospital General Universitario de Elche, Elche, Alicante, España

Historia del artículo:

Recibido el 24 de abril de 2014

Aceptado el 30 de junio de 2014

On-line el 2 de diciembre de 2014

Palabras clave:

Hipertensión arterial sistémica

Accidente cerebrovascular

Coagulación

RESUMEN

Introducción y objetivos: La puntuación CHADS₂ es una demostrada herramienta fundamental para identificar el riesgo cardioembólico, fundamentalmente el ictus, de pacientes con fibrilación auricular no valvular, con el propósito de indicar la terapia anticoagulante. El objetivo del presente estudio es analizar la utilidad de dicha puntuación para pacientes hipertensos sin fibrilación auricular conocida en una zona mediterránea.

Métodos: Se incluyó a 887 pacientes hipertensos de edad ≥ 65 años, no anticoagulados y sin fibrilación auricular, que acudieron a la consulta médica. Se recogieron los principales factores de riesgo, la historia cardiovascular, el tratamiento farmacológico, una analítica básica y un electrocardiograma y se calculó la puntuación CHADS₂ (insuficiencia cardíaca, hipertensión, edad ≥ 75 años, diabetes mellitus e ictus previo o accidente isquémico transitorio). Se realizó un seguimiento clínico con recogida de los ingresos hospitalarios por ictus o accidente isquémico transitorio. La mediana del seguimiento fue 804 días.

Resultados: La media de edad era $72,5 \pm 5,7$ años, con el 46,6% de varones, el 27,8% de diabéticos y el 8,6% de fumadores. Durante el seguimiento, 40 pacientes fueron ingresados por ictus o accidente isquémico transitorio (4,5%). El análisis de supervivencia libre de eventos mostró diferencias significativas en función de la puntuación CHADS₂ (*log rank test*, $p < 0,001$). En el análisis multivariable, el tabaquismo y un CHADS₂ ≥ 3 fueron predictores independientes de ictus o accidente isquémico transitorio.

Conclusiones: La puntuación CHADS₂ puede ser una herramienta útil para identificar el riesgo de ictus o accidente isquémico transitorio de los pacientes hipertensos sin fibrilación auricular conocida.

© 2014 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

The CHADS₂ Score to Predict Stroke Risk in the Absence of Atrial Fibrillation in Hypertensive Patients Aged 65 Years or Older

ABSTRACT

Introduction and objectives: The CHADS₂ score is a proven, essential tool for estimating cardioembolic risk (mainly stroke) in patients with nonvalvular atrial fibrillation, with the purpose of determining the indication for anticoagulant therapy. In this study we analyzed the use of CHADS₂ in hypertensive patients without known atrial fibrillation in a Mediterranean population.

Methods: The study included 887 hypertensive patients aged 65 years or older without atrial fibrillation or anticoagulant therapy, who attended a medical consultation. Data on the patients' main risk factors, cardiovascular history, and medication were collected, basic laboratory analyses and electrocardiography were performed, and the CHADS₂ score (heart failure, hypertension, age ≥ 75 years, diabetes mellitus, and previous stroke or transient ischemic attack) was calculated. A clinical follow-up was carried out, recording hospital admissions for a stroke or transient ischemic attack. The median duration of follow-up was 804 days.

Results: Mean age was 72.5 (standard deviation, 5.7) years, 46.6% were men, 27.8% had diabetes, and 8.6% were smokers. During follow-up, 40 patients were hospitalized for a stroke or transient ischemic attack (4.5%). The event-free survival analysis showed significant differences according to the CHADS₂ score

Keywords:

Systemic arterial hypertension

Stroke

Coagulation

* Autor para correspondencia: Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Elche, Almazara 11, 03203 Elche, Alicante, España.

Correo electrónico: pedromorillas68@gmail.com (P. Morillas).

◇ En el anexo se relaciona a los investigadores del registro FAPRES.

(log rank test, $P < .001$). On multivariate analysis, smoking and CHADS₂ ≥ 3 were independent predictors of stroke or transient ischemic attack.

Conclusions: The CHADS₂ may be useful for estimating the risk of stroke or transient ischemic attack in hypertensive patients without known atrial fibrillation.

Full English text available from: www.revespcardiol.org/en

© 2014 Sociedad Española de Cardiología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Abreviaturas

AIT: accidente isquémico transitorio

INTRODUCCIÓN

La puntuación CHADS₂ (insuficiencia cardiaca, hipertensión, edad, diabetes, ictus [doble]) es un predictor clínico del riesgo de ictus en pacientes con fibrilación auricular no valvular utilizado para determinar si la terapia anticoagulante o antiagregante está indicada¹. Es un esquema simple, de fácil recuerdo y aplicación en la práctica clínica y que ha sido validado en múltiples estudios^{2,3}. Ello ha facilitado su adopción generalizada y el respaldo de las principales sociedades científicas nacionales e internacionales⁴⁻⁶, si bien las actuales guías europeas han incorporado nuevos factores de riesgo a esta puntuación con el objetivo de mejorar en la identificación de los pacientes «de bajo riesgo» (CHA₂DS₂-VASc)⁷.

A pesar de haberse probado la utilidad de la puntuación CHADS₂ y otros esquemas de estratificación del riesgo para la población con fibrilación auricular no valvular, la mayor parte de los ictus isquémicos (85%) se producen en pacientes sin fibrilación auricular conocida⁸. Por otro lado, estudios epidemiológicos han mostrado que la hipertensión arterial es el determinante más importante en el riesgo de ictus y que cada uno de los componentes de la puntuación CHADS₂ se han asociado de manera independiente con el accidente cerebrovascular en estudios poblacionales⁹. Sin embargo, no hemos encontrado en la literatura médica ningún trabajo que haya estudiado la utilidad de esta puntuación en la identificación del riesgo de evento cerebrovascular de pacientes hipertensos y sin fibrilación auricular conocida. El objetivo de este trabajo es analizar el papel de la citada puntuación como marcador de riesgo de ictus en una muestra de pacientes hipertensos de edad ≥ 65 años, en ritmo sinusal y asistidos en consultas de una zona mediterránea.

MÉTODOS

El registro FAPRES es un estudio epidemiológico, observacional y multicéntrico, de ámbito asistencial, diseñado para conocer la prevalencia de fibrilación auricular en pacientes de edad ≥ 65 años con diagnóstico clínico de hipertensión arterial en la Comunidad Valenciana. En él participaron 69 investigadores de atención primaria y unidades hospitalarias de hipertensión arterial de Alicante, Castellón y Valencia, en una proporción en consonancia con el peso poblacional de cada una de las tres provincias. La descripción detallada del estudio y la definición de las variables se han publicado previamente¹⁰. Se incluyó a un total de 1.028 pacientes en el estudio basal. Los investigadores fueron invitados a realizar un seguimiento clínico de estos pacientes durante 2 años, con recogida de los principales eventos cardiovasculares.

Se recogió el consentimiento informado por escrito de todos los pacientes y el estudio se realizó siguiendo los principios de la Declaración de Helsinki, tras su aprobación por un comité ético hospitalario (Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital General Universitario de Castellón).

Población de estudio

Se ha incluido en el presente trabajo a todos los pacientes registrados en el estudio FAPRES que no tuvieran antecedentes de fibrilación auricular en la historia clínica, se encontraran en ritmo sinusal en el electrocardiograma realizado en la visita basal y no estuvieran en tratamiento con anticoagulantes. Se recogieron los factores de riesgo y la historia cardiovascular de los pacientes mediante un cuestionario estandarizado. Se consideró fumador a todo paciente que consumiera diariamente algún tipo de tabaco (cigarrillos, pipa, puros o tabaco no inhalado) durante por lo menos el último mes¹¹. Por el contrario, al paciente que hubiera dejado de fumar al menos 1 año antes se lo consideró exfumador. Se consideró que practicaba ejercicio físico quien reconociera que andaba activamente al menos 30 min/día o hacía algún tipo de deporte 3 días/semana¹². Se recogió el tratamiento farmacológico que el paciente estaba recibiendo en el momento de la consulta, específicamente los fármacos antihipertensivos y el tratamiento de prevención cardioembólica (anticoagulantes y/o antiagregantes). Asimismo se realizó una exploración física con recogida de datos antropométricos (peso, talla y perímetro abdominal) y se tomó la presión arterial. La toma de la presión arterial clínica se realizó siguiendo las recomendaciones de las guías de práctica clínica¹³, midiendo la presión arterial al paciente, tras 5 min en reposo, en 2 ocasiones separadas 2 min y en sedestación, para calcular la media aritmética de ambas. Para ello se utilizaron dispositivos automáticos calibrados y validados. Los datos analíticos se recogieron de la historia clínica si estaban disponibles los de los últimos 6 meses o se solicitaron al laboratorio en ese momento. El filtrado glomerular se determinó mediante la fórmula MDRD (*Modification of Diet in Renal Disease Study*). El cuestionario con la historia clínica se enviaba mediante una CRO (*Contract Research Organization*) para el procesamiento automático de los datos. A todos los pacientes se les realizó también un electrocardiograma que se remitía por correo ordinario a un centro de referencia, donde lo analizaban de manera independiente dos cardiólogos expertos que desconocían los datos clínicos de los pacientes. Se valoró la presencia de fibrilación auricular e hipertrofia ventricular izquierda mediante criterios de Sokolov, Cornell o sobrecarga ventricular. Se realizó una auditoria externa aleatoria de un 10% de los cuestionarios registrados, con el fin de comprobar la fiabilidad de los datos incluidos.

Se determinó la puntuación CHADS₂ de los pacientes para valorar el riesgo de ictus (insuficiencia cardiaca, hipertensión, edad ≥ 75 años, diabetes mellitus [1 punto cada uno] e ictus previo o accidente isquémico transitorio [AIT] [2 puntos])² y se los clasificó en 4 grupos en función de su puntuación: 1, 2, 3 y ≥ 4 puntos.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3013139>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3013139>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)