


Utilidad de escala de riesgo para Ictus y tratamiento anticoagulante en la fibrilación auricular

Utility of the scale for ICTUS risk and anticoagulant treatment in atrial fibrillation

^IArnold Quintana Bullain 

^{II}Maide Díaz León 

^{III}Marcel Deniel Mendieta Pedroso 


^{IV}Héctor Gonzalo López Pérez 

^IEspecialista de I grado en Medicina Interna. Hospital General Docente "Leopoldito Martínez". San José de las Lajas, Cuba. Correo electrónico: quintanabullain@gmail.com

^{II}Especialista de I grado en Medicina Interna. Hospital General Docente "Leopoldito Martínez". San José de las Lajas, Cuba. Correo electrónico: arnold8910@nauta.cu

^{III}Especialista de II grado en Medicina General Integral y en Medicina Interna. Investigador Agregado. Profesor Auxiliar. Máster en Urgencias Médicas. Hospital General Docente "Leopoldito Martínez". San José de las Lajas, Cuba. Correo electrónico: mendieta@infomed.sld.cu

^{IV}Especialista de I grado en Medicina General Integral y en Medicina Interna. Instructor. Policlínico "Rafael Felo Echezarreta". San José de las Lajas, Cuba. Correo electrónico: diaperez@infomed.sld.cu

Autor para la correspondencia. Arnold Quintana Bullain.  Correo electrónico: quintanabullain@gmail.com

RESUMEN

Introducción:

La fibrilación auricular es la arritmia cardiaca más frecuente, con prevalencia de 1-2 % de la población general. Entre las complicaciones más temidas está el riesgo de embolia sistémica o el accidente cerebrovascular, por lo que se han desarrollado diferentes escalas de estratificación de riesgo trombotico, las cuales permite predecirlos y guiar la terapia preventiva con agentes antitrombóticos.

Objetivo:

Evaluar la utilidad de la escala CHAD₂DS₂-VASc predictiva de Ictus isquémico para la aplicación de tratamiento con anticoagulante en pacientes con fibrilación auricular e Ictus isquémico.

Métodos:

Se realizó un estudio observacional, longitudinal y prospectivo en 131 pacientes ingresados con fibrilación auricular no valvular e Ictus isquémico en el Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Aleida Fernández Chardiet", entre enero del 2015 y junio del 2017. Se midieron las variables

edad, sexo, tipo de fibrilación auricular, nivel de riesgo según la escala para padecer un Ictus isquémico y cumplimiento de tratamiento con anticoagulantes orales según nivel de riesgo presente.

Resultados:

Predominó el sexo femenino (59.54 %), grupo etario entre 65 y 74 años (51.15 %), la fibrilación auricular permanente con respuesta ventricular rápida (48.09 %), la hipertensión arterial dentro de los ítems evaluados por la CHAD₂DS₂-VASc (72.52 %) y el cumplimiento de tratamiento con antiagregantes plaquetarios (59.54 %) a pesar de existir predominio de riesgo elevado (60.31 %) según la escala.

Conclusiones: las características de la población estudiada con fibrilación auricular son similares a la descrita en la literatura, pero existe baja adherencia a las recomendaciones terapéuticas con anticoagulación.

Palabras clave: fibrilación auricular, ictus isquémico, anticoagulantes orales

Descriptor: accidente cerebrovascular; fibrilación atrial; anticoagulantes/uso terapéutico

ABSTRACTS

Introduction:

The atrial fibrillation is the most frequent cardiac arrhythmia, with prevalence of 1-2 % in the general population. The risk of systemic embolism or the cerebrovascular accidents are among the most feared complications, for that reason different stratification scales of thrombotic risk which allow to predict and guide the preventive therapy with antithrombotic agents.

Objective:

To evaluate the utility of the predictive CHAD₂DS₂-VASc scale of ischemic ICTUS for the application of the treatment with anticoagulant in patient with atrial fibrillation and stroke.

Methods:

An observational, longitudinal and prospective study was carried out with 131 admitted patients with non-valvular atrial fibrillation and ischemic Ictus at "Aleida Fernández Chardiet" Teaching Clinical-Surgical Hospital, between January, 2015 and June, 2017. The variables age, sex, type of atrial fibrillation, level of risk according to the scale to suffer from an ischemic ICTUS and the fulfillment of treatment with oral anticoagulant according to the level of present risk.

Results:

The female sex (59.54 %), and the 65 to 74 age group (51.15 %) prevailed, permanent atrial fibrillation with rapid ventricular response (48.09 %), and hypertension also prevailed within the evaluated items by the CHAD₂DS₂-VASc (72.52 %) and the fulfillment of the treatment with platelet antiagregants (59.54 %) in spite of a predominance of high risk (60.31 %) according to the scale.

Conclusions:

The characteristics of the studied population with atrial fibrillation are similar to the ones described in literature, but there is low adherence to therapeutic recommendations with anticoagulation.

Key words: atrial fibrillation, stroke, oral anticoagulants

Descriptors: stroke; atrial fibrillation; anticoagulants/therapeutic use

Historial del trabajo.

Recibido: 21/11/2019

Aprobado: 22/10/2020

INTRODUCCIÓN

La fibrilación auricular (FA), es la arritmia cardiaca más frecuente, con una prevalencia de 1-2 % de la población general. Esta cifra aumenta con la edad, con valores cercanos al 15 % en pacientes mayores de 80 años. Algunos estudios demuestran que el riesgo de desarrollar la fibrilación auricular es alrededor de 25 % a los 40 años de edad. Lo anterior, sumado al envejecimiento de la población, conlleva a un aumento considerable en la cantidad de pacientes con esta patología. ⁽¹⁾

Una de las complicaciones más temidas de esta enfermedad es el aumento en el riesgo de la embolia sistémica o el accidente cerebrovascular (ACV). Estudios han demostrado que cerca del 20 % de todos los ACV son secundarios a esta condición y que el riesgo también aumenta con la edad, de esta forma existen cifras mayores a 23 % en pacientes mayores de 80 años de edad. ⁽²⁾

Las enfermedades cardiovasculares se han convertido en una importante problemática en diferentes ámbitos: en la salud, la economía y la sociedad, estas patologías son las responsables de la mayor proporción de decesos por enfermedades crónicas no transmisibles, de esta forma se convierte en la principal causa de muerte a nivel mundial, además se estima que para el año 2030 serán las causantes de 23.6 millones de muertes. ⁽³⁻⁴⁾

La alta morbimortalidad atribuida a la FA se deriva del riesgo aumentado de presentar ACV embólicos o en un evento tromboembólico como consecuencia de los cambios fisiopatológicos que produce esta condición. ⁽⁵⁾ Anualmente el riesgo de desarrollar un ACV en pacientes con FA oscila entre 3 y 8 %, en comparación con la población general, en aquellos pacientes con esta arritmia es cinco veces mayor la posibilidad de presentar un ACV, la importancia de esto no solo radica en el desarrollo de este tipo de eventos, sino también en que los ACV relacionados con FA son más graves, generan mayor discapacidad y la evolución y pronóstico son peores. ⁽³⁾

Debido a las implicaciones que tiene la presentación de una FA, se han desarrollado diferentes escalas de estratificación de riesgo tanto hemorrágico como trombótico. La escala de riesgo tromboembólico HAS-BLED Score, es un sistema de puntuación desarrollado para evaluar el riesgo a un año de hemorragia mayor en pacientes con fibrilación auricular, esta sobresale en la predicción de complicaciones serias de este tipo en pacientes con FA, dicha escala evalúa: la hipertensión, función renal y hepática anormal; ACV, historia o predisposición a hemorragia; labilidad del índice normalizado internacional (INR) edad avanzada y uso de drogas o alcohol. ^(6,7)

Por otra parte, CHA2DS2-VASc es una escala predictora de eventos tromboembólicos, se basa en la presencia de falla cardíaca congestiva, hipertensión, edad ≥ 75 años, diabetes mellitus (DM); un ACV previo o un ataque transitorio de isquemia (AIT), edad entre 65-74 años y sexo

femenino con el objetivo de estratificar el riesgo del paciente.⁽⁸⁾ La utilidad de estas escalas va más allá de la predicción, con esto se puede guiar la terapia preventiva con agentes antitrombóticos.⁽⁹⁾

Por los antecedentes descritos se decide realizar esta investigación con la finalidad de evaluar la utilidad de la escala CHAD₂DS₂-VASc predictiva de Ictus isquémico para la aplicación de tratamiento con anticoagulante en pacientes con fibrilación auricular e Ictus isquémico.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, longitudinal y prospectivo, en el período comprendido entre el 1 de enero del 2015 al 31 de junio del 2017. La población en estudio estuvo constituida por 131 pacientes con diagnóstico clínico y electrocardiográfico de fibrilación auricular que no tuvieran como etiología una intervención quirúrgica o valvular, acompañado de un Ictus de etiología cardioembólico y edades por encima o iguales a 18 años e ingresados en salas de medicina interna del Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Aleida Fernández Chardiet" en Güines, provincia Mayabeque.

Los datos del estudio fueron obtenidos de las historias clínicas y se registraron en el Modelo de Recogida de Datos.

Las variables estudiadas en el presente estudio fueron: la edad, el sexo, el tipo de FA presente; nivel de riesgo según escala CHAD₂DS₂-VASc para padecer un Ictus isquémico por una fibrilación auricular (FA) y cumplimiento de tratamiento con anticoagulantes orales de acuerdo al riesgo.

- Por la edad, los pacientes fueron clasificados en tres grupos: < 65 años, ≥ 65 a 74 años, ≥ 75.
- Con relación al sexo se identificó según somatotipo de los pacientes en: femenino y masculino.
- Tipo de FA de acuerdo con el diagnóstico clínico y electrocardiográfico: paroxística diagnosticada por primera vez, persistente diagnosticada por primera vez y permanente, (respuesta ventricular lenta, respuesta ventricular normal, respuesta ventricular rápida).
- La Escala CHA₂DS₂-VASc indica el riesgo que tiene un paciente con FA o flutter auricular de sufrir un Ictus en un año, se basa en la evaluación de varios factores de riesgo para desarrollar un Ictus isquémico, de esta forma se determina un estipulado valor y su suma indica la necesidad o no del tratamiento anticoagulante.

Dentro de los variables estudiadas por la escala se encuentran: la diabetes mellitus, hipertensión arterial; insuficiencia cardiaca, enfermedad vascular periférica; sexo femenino, edad entre 65-74 años, con un valor de 1 punto, la edad mayor de 75 años con un valor de 2 puntos, antecedente de episodio cerebrovascular previo con un valor de 2 puntos.

Se interpreta de la siguiente manera:

0: Riesgo bajo, no precisa anticoagulación.

1: Riesgo moderado, se debe considerar antiagregación o anticoagulación.

≥2: Riesgo moderado-alto, está indicada la anticoagulación, salvo contraindicaciones. Se revisó la información obtenida y posteriormente se elaboró una base de datos en Microsoft Excel para el procesamiento automatizado de la información, se realizaron tablas de contingencia para conocer si existía interacción entre edad y sexo, entre tratamiento realizado y el riesgo según escala CHA2DS2-VASc. Todas las variables empleadas fueron cualitativas por lo que se utilizaron medidas de resumen, de manera que los resultados se mostraron en números absolutos y por ciento, mediante un análisis univariado, se determinó si las variables independientes difieren entre los grupos; se empleó la prueba de Chi cuadrado (χ^2) o test exacto de Fisher según fue apropiado, para lo que se utilizaron tablas de contingencia.

En todas las pruebas de hipótesis realizadas se utilizó un nivel de significación $P < 0.05$, la información se presentó en tablas estadísticas que junto con la redacción del informe final se realizaron mediante el editor de texto Microsoft Word y Microsoft Excel para Windows 10.

En la investigación se tuvo en cuenta aspectos éticos, se solicitó la autorización a el Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Aleida Fernández Chardiet, los datos obtenidos se utilizaron con fines científicos por lo que se garantizó la seguridad y custodia de la información.

RESULTADOS

Existió predominio del sexo femenino con 78 pacientes para un 59.54 % y el grupo etario de ≥65 a 74 años con 67 pacientes para un 51.15 %, tabla 1.

Tabla 1. Distribución de los pacientes según edad y sexo

Sexo \ Edad	< 65 años		≥65 a 74 años		≥ 75 años		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Femenino	24	18.32	41	31.30	13	9.92	78	59.54
Masculino	12	9.16	26	19.85	15	11.45	53	40.46
Total	36	27.48 ^b	67	51.15 ^a	28	21.37 ^b	131	100

^{a,b}: letras distintas indican diferencias significativas para $P < 0,05$

Preponderó dentro de los pacientes estudiados con FA no valvular, la permanente con respuesta ventricular rápida con 48.09 % y la de menor incidencia fue la paroxística diagnosticada inicialmente con 1.53 %, tabla 2.

Tabla 2. Distribución de los pacientes según el tipo de fibrilación auricular de acuerdo con el diagnóstico clínico

Tipo de FA de acuerdo con el diagnóstico clínico		No.	%
Primera vez	Paroxística diagnosticada por primera vez	2	1.53 ^d
	Persistente diagnosticada por primera vez	14	10.69 ^c
Permanente	Respuesta ventricular lenta	14	10.69 ^c
	Respuesta ventricular normal	38	29.01 ^b
	Respuesta ventricular rápida	63	48.09 ^a
Total		131	100

^{a, b, c, d}: letras distintas indican diferencias significativas para $P < 0.05$

Al Identificar dentro del registro individualizado de los ítems que conforman la escala CHA2DS2-VASc el de mayor incidencia fue el de la hipertensión arterial (HTA) con un total de 95 pacientes para un 72.52 %, tabla 3.

Tabla 3. Distribución de los pacientes según los ítems que conforman la escala CHA2DS2-VASc

Escala CHA2DS2-VASc	No.	%
Insuficiencia cardiaca congestiva o disfunción del VI	29	22.14 ^d
Hipertensión arterial	95	72.52 ^a
Edad ≥75 años	18	13.74 ^{de}
Diabetes mellitus	55	41.98 ^c
ACV, ATI o tromboembolia	10	7.63 ^e
Edad 65 – 74 años	77	58.78 ^b
Enfermedad vascular	18	13.74 ^{de}
Sexo femenino	78	59.54 ^b

^{a,b,c,d,e}: letras distintas indican diferencias significativas para P<0,05

Sobresalieron los pacientes que cumplieron tratamiento con antiagregantes plaquetarios (AP) en un 59.54 % y predominó el nivel de riesgo elevado con un 60.31 %, tabla 4.

Tabla 4. Relación del tratamiento realizado por los pacientes con fibrilación auricular e Ictus isquémico con el nivel de riesgo según escala CHA2DS2-VASc

Riesgo según escala CHA2DS2-VASc	Tratamiento realizado						Total	%
	No usa	%	AP	%	ACO	%		
Bajo	4	3.05	2	1.53	—	—	6	4.58 ^c
Moderado	10	7.63	29	22.14	7	5.34	46	35.11 ^b
Elevado	27	2.61	47	35.88	5	3.82	79	60.31 ^a
Total	41	31.30 ^b	78	59.54 ^a	12	9.6 ^c	131	100

^{a,b,c}: letras distintas indican diferencias significativas para P<0.05

Legenda: AP - antiagregante plaquetarios

ACO - anticoagulantes orales

DISCUSIÓN

La FA, considerada como un macro problema social, es la taquiarritmia más frecuente y representa un predictor independiente de mortalidad y de enfermedad cerebrovascular isquémica. La prevalencia de esta arritmia aumenta con la edad, lo que concuerda con diferentes estudios.^(10,11) En esta investigación predominan los pacientes entre 65 y 74 años, las razones no son del todo conocidas; pero se reconoce que la acumulación de los factores de riesgo a medida que avanza la edad, la pérdida y aislamiento del miocardio auricular y los trastornos de la conducción inherentes al envejecimiento, podrían explicar tal situación.⁽¹²⁾

Como enfermedad progresiva que empeora con el transcurso del tiempo, la FA crónica produce gran deterioro miocárdico ocasionando remodelado eléctrico, mecánico y estructural de las aurículas y puede ocasionar una reducción de la función cardíaca; un aumento del riesgo de tromboembolia, causar miocardiopatía y finalmente la muerte.⁽¹²⁾ Los cambios anatómicos y funcionales que ocurren en el miocardio auricular durante el envejecimiento, sumado a la mayor comorbilidad del anciano, justifican la elevada incidencia, prevalencia y recurrencia de la FA en esta etapa de la vida, así como la menor efectividad de las terapias para restaurar el ritmo sinusal.⁽¹⁰⁾

Algunos autores⁽¹⁰⁾ han demostrado que con el incremento de la edad aumenta la energía útil necesaria en la cardioversión eléctrica para restablecer el ritmo sinusal.

En la presente investigación predominan las mujeres con FA y su edad promedio fue mayor que la de los hombres, lo que contrasta con algunos estudios; pero coincide con lo encontrado por otros autores donde esta arritmia está presente en el 25 % de los pacientes con enfermedades cardiovasculares y fue significativamente más frecuente en mujeres (29 contra 22 %).^(10,11,13,14)

En la investigación predomina la FA permanente por lo que coincide con un estudio⁽¹⁵⁾ en el que se constata igual predominio de la FA permanente con un 49.5 %, seguida por la paroxística 21.5 % y la persistente 29 %, ambas diagnosticadas por primera vez, no se detecta ningún paciente con FA persistente de larga evolución.

La HTA fue el antecedente más frecuente en los pacientes, de esta manera coincide con una investigación en pacientes con FA que demuestran que el 83.4 % de ellos eran hipertensos, además se plantea que es el factor de riesgo que más se asocia a la FA y se encuentra alrededor del 70 % en los casos analizados.⁽¹⁶⁾

Es innegable la necesidad de continuar estudiando la fisiopatología y la búsqueda del tratamiento más adecuado de la FA, obviamente que se reconozca que su prevención generalmente está relacionada con aquellos factores de riesgo asociados a este padecimiento.⁽¹²⁾ El remodelado eléctrico se instaura a partir de las 48 horas de iniciada la FA, al que suceden los remodelados contráctil y estructural, por lo que favorecen que se perpetúe la arritmia; por consiguiente, el diagnóstico certero y la instauración de las técnicas efectivas de reversión constituyen un objetivo primordial.⁽¹⁰⁾

La investigación actual demuestra que los pacientes tienen alto riesgo de presentar un ACV en los próximos 12 meses por lo que necesitan anticoagulantes, este resultado coincide con estudios multicéntricos que utilizan de referencia la CHA2DS2-VASc como escala de estratificación de riesgo, donde se muestran resultados similares en cuanto a la distribución según las categorías de riesgo y el uso de tratamiento anticoagulante.^(15,17) En el estudio AFABE.⁽¹¹⁾ se encuentra que, de 271 pacientes con FA, 255 (94.1 %) fueron de alto riesgo. Así como, el estudio francés AFIGP,⁽¹⁸⁾ entre 15 623 pacientes con FA, 82.3 %, obtienen una puntuación de la escala mayor de 2 (alto riesgo).

La disponibilidad para el seguimiento regular del INR y el temor al incremento del riesgo de sangrado con el uso de los cumarínicos, son condicionantes del uso del tratamiento anticoagulante.

En el caso de esta serie no se halla ninguna justificación en las historias clínicas revisadas que permitan enumerar causas locales. Al evaluar el riesgo de sangrado en los pacientes con FA, candidatos al uso de anticoagulación, se hallan coincidencias con estudios foráneos que reportan un predominio de los pacientes de alto riesgo según el CHA2DS2-VASc y una puntuación de HAD-BLED < 3.30-33. El estudio AFABE⁽¹¹⁾ encuentra que de 94.1% de los pacientes con FA de alto riesgo solo el 46.7 % cumple con el criterio de alto riesgo de sangrado. En otros criterios se demuestra que se halla una concordancia de un 21.7 % de pacientes de alto riesgo al correlacionar ambas escalas.⁽¹⁹⁾

Se concluye que frente a un predominio de los pacientes con FA clasificados como de alto riesgo de ECV, la mayoría no recibe tratamiento anticoagulante a pesar de no presentar contraindicaciones para recibirlo. La escala CHA2DS2- VASc es útil para emplearla en este tipo de pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pintoa Diego A, Sánchez Vallejo CA, López Pedrazac A, Vergarad Erika P, Sáenza Óscar A, González F, Martínez-Acosta JC, Bonilla P, Remolina S. Descripción de los pacientes con fibrilación auricular no valvular que ingresan al servicio de urgencias. Rev Colomb Cardiol [Internet]. 2016 [citado 2 Mar 2020];23(4):270-6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120563315001989>
2. Cutiño Maás Y, Rojas Fuentes J, Sánchez Lozano A, López Argüelles J, Verdecia Fraga R, Herrera Alonso D. Characterization of ictus in the long-lived patient: a decade of study. Rev Finlay [Internet]. 2016 Dic [citado 2 Mar 2020];6(3):239-45. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342016000300007&lng=es
3. Jaramillo Jaramillo LI, Marín Castro AE, Velásquez Viveros PA, Ramirez Palacio M, Cañas E. Caracterización de un grupo de pacientes del programa de anticoagulación de una institución de salud y evaluación de los resultados de la escala HAS - BLED y la escala CHA2DS2 – VASc, Medellín (Colombia), 2011-2012. Arch Med (Manizales) [Internet]. 2017 [citado 2 Mar 2020];17(2):303. Disponible en: <https://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/1981>
4. Mendieta Pedroso MD, Bender del Busto JE, González López I, Vallejo Ramírez A. Mortalidad por enfermedad cerebrovascular en mayores de 60 años en Mayabeque 2011-2017. Medimay [Internet]. 2018 [citado 27 Ene 2020];25(2). Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1230>
5. Gallego P, Roldán V, Torregrosa JM, Gálvez J, Valdés M, Vicente V, et al. Relation of the HAS-BLED bleeding risk score to major bleeding events, and mortality in anticoagulated patients with atrial fibrillation. Circ Arrhythm Electrophysiol [Internet]. 2012 [citado 27 Ene 2020];5(2):312-8. Disponible en: https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCEP.111.967000?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed
6. García Fernandez A, Marín F, Roldán V, Galcerá Jornet E, Martínez Martínez JG, Valdés M, et al. The HAS-BLED score predicts long term major bleeding and death in anticoagulated non-valvular atrial fibrillation patients undergoing electrical cardioversion. Int J Cardiol [Internet]. 2016 [citado 27 Ene 2020];217:42-8. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S0167527316308932?returnurl=https:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0167527316308932%3Fshowall%3Dtrue&referrer=https:%2F%2Fpubmed.ncbi.nlm.nih.gov%2F27179207%2F>
7. Hsieh MJ, Lee CH, Chen CC, Chang SH, Wang CY, Hsieh IC. Predictive performance of HAS-BLED risk score for long term survival in patients with non-ST elevated myocardial infarction without atrial fibrillation. J Cardiol [Internet]. 2017 [citado 27 Ene 2020];69(1):136-43. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S0914508716000526?returnurl=https:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0914508716000526>

[2FS0914508716000526%3Fshowall%3Dtrue&referrer=https:%2F%2Fpubmed.ncbi.nlm.nih.gov%2F26951606%2F](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26951606/)

8. Puurunen MK, Kiviniemi T, Schlitt A, Rubboli A, Di-etrich B, Karjalainen P, et al. CHADS2, CHA2DS2- VASc and HAS-BLED as predictors of outcome in patients with atrial fibrillation undergoing percutaneous coronary intervention. *Throm Res* [Internet]. 2014 [citado 27 Ene 2020];133(4):560-6. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es#!/content/playContent/1-s2.0-S0049384814000310?returnurl=https:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0049384814000310%3Fshowall%3Dtrue&referrer=https:%2F%2Fpubmed.ncbi.nlm.nih.gov%2F24461143%2F>

<https://linkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0049384814000310%3Fshowall%3Dtrue&referrer=https:%2F%2Fpubmed.ncbi.nlm.nih.gov%2F24461143%2F>

9. Liu J, Wang D, Tan G, Yuan R, Xu M, Xiong Y, et al. Predicting the outcomes of acute ischemic stroke with rheumatic heart disease: the values of CHADS2, CHA2DS2-VASc and HAS-BLED Scores. *J Stroke Cerebrovas Dis* [Internet]. 2016 [citado 27 Ene 2020];25(3):722-6. Disponible en:

<https://www.clinicalkey.es#!/content/playContent/1-s2.0-S1052305715004899?returnurl=https:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS1052305715004899%3Fshowall%3Dtrue&referrer=https:%2F%2Fpubmed.ncbi.nlm.nih.gov%2F26774873%2F>

10. Cruz Cardentey M, Pérez Rivera T, Méndez Rosabal A. Factores predictores de éxito de la cardioversión eléctrica en la fibrilación auricular. *Cor Salud* [Internet]. 2014 [citado 11 Nov 2019];6:280-7. Disponible en: <http://www.corsalud.sld.cu/sumario/2014/v6n4a14/cv-fa.html>

11. Clua-Espuny JL, Lechuga-Duran I, Bosch-Princep R. Prevalencia de la fibrilación auricular desconocida y la no tratada con anticoagulantes. Estudio AFABE. *Rev Esp Cardiol* [Internet]. 2013 [citado 27 Ene 2020];66(7):545-52. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-prevalencia-fibrilacion-auricular-desconocida-no-articulo-S0300893213001462>

12. Chávez González E, Carmona Puerta R. Razones y método para prevenir la fibrilación auricular cuando puede lograrse. *CorSalud* [Internet]. 2012 [citado 14 Nov 2019];4:144-5. Disponible en: <http://www.revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/view/92/238>

13. Rodríguez Rosales E, de Azaola Hernández A, Vázquez Castro F, Moreno-Martínez FL. Factores de riesgo de fibrilación auricular posoperatoria en cirugía cardíaca. *CorSalud* [Internet]. 2014 [citado 22 Oct 2019];6:174-80. Disponible en: <http://www.corsalud.sld.cu/sumario/2014/v6n2a14/fapo.html>

14. García Acuña JM, González Juanatey JR, Alegría Ezquerro E, González Maqueda I, Listerri JL. La fibrilación auricular permanente en las enfermedades cardiovasculares en España. Estudio CARDIOTENS 1999. *Rev Esp Cardiol* [Internet]. 2002 [citado 27 Ene 2020];55(9):943-52. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-pdf-13036120>

15. Merino Barrera Samuel I, Mirella Mercedes J, Landaverde Hernández JR, Lazo Majano SC, et al. Caracterización de la fibrilación auricular en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional San Rafael (El Salvador). *CorSalud* [Internet]. 2016 Ene-Mar [citado 27 Ene 2020];8(1):8-18. Disponible en:

<http://www.revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/view/92/238>

16. Del Corral Beamonte E, Fleta Asín B, Martínez Moya L, García Noain A, Gonzalvo Liarte MA. Hipertensión arterial, un antecedente frecuente en los pacientes con fibrilación auricular. *Comunicaciones. 9ª Reunión Nacional SEH-LELHA* [CD-ROM]. Murcia: Elsevier; 2004.

17. Komatsu T, Sato Y, Ozawa M, Kunugita F, Yoshizawa R, Morino Y, et al. Comparison between CHADS2 and CHA2DS2-VASc score for risk stratification of ischemic stroke in Japanese patients with non-valvular paroxysmal atrial fibrillation not receiving anticoagulant

therapy. Int Heart J [Internet]. 2014 [citado 27 Ene 2020];55(2):119-25. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5709623/pdf/1349-7235-56-2827.pdf>

18. Aguilar Linares G, Valdés Álvarez K, Senra Armas Luis A. Utilización de la anticoagulación en fibrilación auricular no reumática para profilaxis de accidentes cerebrovasculares. Rev Cubana Med [Internet]. 2015 Jun [citado 25 Nov 2020];54(2):129-38. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475232015000200004&lng=es. <http://scielo.sld.cu/pdf/med/v54n2/med04215.pdf>

19. Marcucci M, Lip GY, Nieuwlaat R, Pisters R, Crijns HJ, Iorio A. Stroke and bleeding risk co-distribution in real-world patients with atrial fibrillation: the Euro Heart Survey. Am J Med [Internet]. 2014 [citado 27 Ene 2020];127(10). <https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S0002934314003878?returnurl=https:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0002934314003878%3Fshowall%3Dtrue&referrer=https:%2F%2Fpubmed.ncbi.nlm.nih.gov%2F24838192%2F>

Conflicto de intereses.

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses para la publicación del artículo.

Citar como: Quintana Bullain A, Díaz León M, Mendieta Pedroso MD, López Pérez HG. Utilidad de escala de riesgo para Ictus y tratamiento anticoagulante en la fibrilación auricular: Medimay [Internet]. 2020 [citado: fecha de acceso]; 27(4):490-9. Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1835>

Contribución de autoría

Todos los autores participaron en la elaboración del artículo y aprobaron el texto final.

Este artículo se encuentra protegido con [una licencia de Creative Commons Reconocimiento- NoComercial 4.0 Internacional](#), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos, siempre que mantengan el reconocimiento de sus autores.

