

Prevención del accidente cerebrovascular cardioembólico

H. P. ADAMS Jr

Division of Cerebrovascular Diseases, Department of Neurology, The University of Iowa College of Medicine, Iowa City, Iowa, USA

Trabajo recibido para su publicación: 8/94 Aceptado: 9/94

Dirección para separatas: Harold P. Adams Jr, MD, Division of Cerebrovascular Diseases, Department of Neurology, The University of Iowa, 200 Hawkins Drive, Iowa City, Iowa 52242, USA

Hay datos importantes como para sustentar el uso de anticoagulación oral crónica en personas portadoras de lesiones cardíacas de alto riesgo, incluyendo la mayoría de las personas que han tenido síntomas neurológicos isquémicos. Mientras que el tratamiento es muy eficaz en la prevención del accidente cerebrovascular cardioembólico, puede complicarse por el incremento del riesgo de hemorragias intracerebrales, en particular entre las personas de edad avanzada. Aunque la aspirina impresiona como menos eficaz en la prevención del accidente cerebrovascular cardioembólico, es un tratamiento de alternativa cuando está contraindicada la anticoagulación oral. La aspirina también puede ser indicada si aparecen síntomas neurológicos, incluso en pacientes en tratamiento con anticoagulación oral. Rev Arg Cardiol 1995; 63 (4): 385-387.

Palabras clave Accidente cerebrovascular - Prevención - Cardioembolias

Existe confusión acerca del mejor manejo del paciente en riesgo de padecer un accidente cerebrovascular (ACV) cardioembólico. Algunos de estos errores de interpretación se generan en la falta de diferenciación entre lo que son medidas de largo aliento para la prevención primaria y secundaria, respecto de las recomendaciones acerca del manejo agudo. Probablemente, en el futuro la selección de terapias para el cuadro agudo, o para la prevención del ACV cardioembólico, será determinada por el tipo y severidad de lesión cardíaca subyacente. Por ejemplo, el cuidado no puede ser uniforme en pacientes con fibrilación auricular que tengan distinto riesgo embólico. (1) El manejo futuro de las elecciones terapéuticas probablemente varíe mucho en la medida en que se conozca mejor la historia natural de la enfermedad cardíaca.

Actualmente, las opciones para el tratamiento preventivo del ACV cardioembólico son la anticoagulación oral, los antiplaquetarios y los procedimientos quirúrgicos. Para el tratamiento en el cuadro agudo se cuenta con drogas antitrombóticas, trombolíticas, antiplaquetarias y terapias citoprotectoras. Hay una evidencia muy potente que permite afirmar que los anticoagulantes orales son muy efectivos en la prevención del ACV cardioembólico. (2-5) Por el con-

trario, los datos acerca del manejo de pacientes con ACV cardioembólico son menos claros, y no se ha establecido aún la utilidad de la administración de drogas antitrombóticas para evitar cardioembolias recurrentes en el período agudo del ataque. (6, 7)

La anticoagulación oral es utilizada con frecuencia para prevenir eventos tromboembólicos en lesiones cardíacas de alto riesgo. Estas drogas son administradas a personas con válvulas cardíacas mecánicas, en estenosis mitral reumática complicada por fibrilación auricular o en un infarto anterior extenso reciente. La preocupación acerca de la seguridad de estas drogas, en particular acerca del riesgo de hemorragias intracerebrales, ha hecho que los médicos sean reticentes en administrar anticoagulación oral en tales casos. Con la reducción de los niveles de anticoagulación considerados aceptables y la introducción de la razón internacional normatizada (RIN) para medirlos, probablemente se logre incrementar la seguridad en la administración crónica de anticoagulantes orales. Deberían seleccionarse cuidadosamente los pacientes a anticoagular, e instruirlos acerca de las interacciones potenciales de los anticoagulantes con comidas y con otras drogas.

Los resultados recientes de varios estudios en pacientes con fibrilación auricular de causa no valvu-

lar confirman la utilidad de la anticoagulación crónica. Los resultados de los estudios previos han sido revisados cuidadosamente. (2, 8) En general, los nuevos datos mostraron que los anticoagulantes orales reducen el riesgo de embolias en aproximadamente 60% y los datos acerca de la utilidad de la aspirina han sido mixtos. (2, 8)

Estudios recientes efectuados en Europa y Estados Unidos han aportado nueva información acerca de la eficacia de la anticoagulación oral. (9, 10) El Estudio Europeo es el único en prevención secundaria del ACV; incluyó personas con fibrilación auricular y un episodio previo de ataque isquémico transitorio (AIT) o ACV. (9) Así, los resultados de este estudio son de particular importancia para los neurólogos y otros médicos que atienden pacientes con ACV. La anticoagulación oral crónica demostró ser segura y efectiva en la reducción del riesgo de eventos embólicos recurrentes. La aspirina resultó menos eficaz. Dada la incertidumbre acerca de la eficacia relativa de la aspirina o la anticoagulación oral en la prevención primaria del ACV, el *Segundo Estudio de Prevención del Stroke* en la fibrilación auricular comparó las dos drogas en forma directa. (10) Mostró que los anticoagulantes orales eran más eficaces que la aspirina en la prevención del ACV isquémico. Sin embargo, el riesgo de ACV entre las personas jóvenes (< 75 años) fue bajo, independientemente del tratamiento. El riesgo de ACV isquémico entre los 385 pacientes añosos disminuyó por efecto de la anticoagulación oral, pero gran parte del beneficio se perdió por el aumento del riesgo de hemorragias intracranéicas. Se observaron tanto hematomas intraparenquimatosos como hematomas subdurales.

Recientemente, Turpie y colaboradores (11) demostraron que la combinación de aspirina (100 mg/día) y un anticoagulante oral es más eficaz que un anticoagulante aislado para la prevención de eventos embólicos en pacientes con válvulas mecánicas. Los pacientes que recibieron una combinación de anticoagulación oral y aspirina tuvieron una menor incidencia de mortalidad, aunque se notó un leve incremento en la incidencia de hemorragias menores.

CONCLUSIONES

A menos que existan contraindicaciones, es prudente recomendar anticoagulación oral a los pacientes con fibrilación auricular u otras patologías cardíacas de alto riesgo. Debería prescribirse anticoagulación en la mayoría de las cardiopatías que se complican con ACV u otras lesiones embólicas, ya que estos pacientes son de riesgo alto. Así, la mayoría de estos pacientes debería recibir anticoagulación crónica una vez que su cuadro clínico se haya estabilizado. Las recomendaciones consensuadas

Tabla 1
Niveles recomendados de inhibición de la coagulación en personas que reciben anticoagulantes orales*

Indicación	Nivel de Inhibición Razón Internacional Normalizada
FA con embolias	2,0 - 3,0
FA sin embolias	2,0 - 3,0
Válvulas protésicas biológicas	2,0 - 3,0
Válvulas protésicas mecánicas	2,5 - 3,5
IAM reciente	2,0 - 3,0
Enfermedad reumática	2,0 - 3,0

* Adaptado de las referencias 2 y 3.

acerca de los niveles de la inhibición de la coagulación (RIN) deseables se pueden ver en la Tabla 1. En el futuro es probable que los niveles de anticoagulación aceptables sean reducidos y que se extienda el uso de la anticoagulación oral.

Cuando las embolias complican una lesión cardíaca de alto riesgo se pueden adicionar bajas dosis de aspirina a la anticoagulación oral. También se ha utilizado el dipiridamol como terapéutica coadyuvante a la anticoagulación oral. Probablemente los agentes antiplaquetarios jueguen un papel importante para la prevención del ACV en los pacientes con patologías cardíacas. (1) Seguirán siendo indicados en pacientes con válvulas protésicas biológicas y otras lesiones cardíacas de "bajo" riesgo embólico. (3, 12)

SUMMARY

PREVENTION OF CARDIOEMBOLIC STROKE

There are compelling data to support the use of chronic oral anticoagulant therapy in persons with high-risk cardiac lesions, including most persons who have had ischemic neurologic symptoms. While the treatment is very effective in prevention of embolic stroke, it can be complicated by an increased risk of intracranial bleeding, particularly among elderly persons. Although aspirin appears to be less effective in preventing cardioembolic stroke, it is an alternative treatment when the use of oral anticoagulants is contraindicated. Aspirin can be added if ischemic symptoms develop despite treatment with oral anticoagulants.

Key words Stroke - Prevention - Cardioembolic

BIBLIOGRAFIA

1. Kelley RE. Rationale for antithrombotic therapy in atrial fibrillation. *Neurologic Clin* 1992; 10: 233-249.
2. Laupacis A, Albers G, Dunn M y col. Antithrombotic therapy in atrial fibrillation. *Chest* 1992; 102: 426S-433S.
3. Levine HJ, Pauker SG, Salzman EW y col. Antithrombotic therapy in valvular heart disease. *Chest* 1992; 102: 434S-444S.

4. Sherman DG, Dyken ML Jr, Fisher M y col. Antithrombotic therapy for cerebrovascular disorders. *Chest* 1992; 102: 529S-537S.
5. Feinberg WM, Albers GW, Barnett HJM y col. Guidelines for the management of transient ischemic attacks. *Stroke* 1994; 25: 1320-1335.
6. Geraud G, Bes A. Is anticoagulant therapy too frequently used in ischemic stroke? *Cerebrovasc Dis* 1991; 1 (Suppl 1): 120-123.
7. Adams HP Jr, Brott TG, Crowell RM y col. Guidelines for the management of patients with acute ischemic stroke. *Stroke* (in press).
8. Albers GW, Atwood JE, Hirsh J y col. Stroke prevention in nonvalvular atrial fibrillation. *Ann Intern Med* 1991; 115: 727-736.
9. European Atrial Fibrillation Trial Study Group. Secondary prevention in non-rheumatic atrial fibrillation after transient ischaemic attack or minor stroke. *Lancet* 1993; 342: 1255-1262.
10. Stroke Prevention in Atrial Fibrillation Investigators. Warfarin versus aspirin for prevention of thromboembolism in atrial fibrillation. *Stroke Prevention in Atrial Fibrillation II Study*. *Lancet* 1994; 343: 687-691.
11. Turpie AGG, Gent M, Laupacis A y col. A comparison of aspirin and placebo in patients treated with warfarin after heart-valve replacement. *N Engl J Med* 1993; 329: 524-529.
12. Hirsh J, Dalen JE, Fuster V y col. Aspirin and other platelet active drugs. The relationship between dose effectiveness and side effects. *Chest* 1992; 102: 327S-336S.