

¿Qué hacer con una AREPA?

What to do with an “AREPA”?

Camilo Andrés Romero Hernández (1), María Camila Valencia Mendoza (2)

Los estudios publicados recientemente sobre diagnóstico y tratamiento de fibrilación auricular para prevenir el ataque cerebrovascular (ACV) isquémico, como el LOOP y el STROKESTOP (1,2), reviven la incertidumbre sobre qué hacer con los pacientes ya diagnosticados y anticoagulados en quienes la prevención falló: una “AREPA” que, en el mundo de la neurología, hace referencia a un “ACV Recurrente En Paciente Anticoagulado”. La conducta a seguir en estos pacientes es aún incierta.

La proporción de ACV isquémico por fibrilación auricular en Colombia va desde el 5,01% hasta el 24% (3,4). La fibrilación auricular es una de las principales indicaciones para anticoagular (1,2). La anticoagulación oral ha demostrado ser eficaz en la prevención del embolismo en pacientes con esta condición. La reducción relativa de un ACV isquémico, en paciente con fibrilación auricular, puede llegar a ser de un 70% con anticoagulación (1,2). Estudios de costoefectividad en Colombia también han demostrado que la anticoagulación en rangos adecuados disminuye los costos de del ACV y de los eventos adversos (5). Sin embargo, cada año entre 1 y 2% de los pacientes con fibrilación auricular anticoagulados con fármacos no dependientes de vitamina K, y 1,6% de los pacientes con anticoagulantes dependientes de vitamina K, sufren una isquemia cerebral a pesar del tratamiento (6). Si se asume que alrededor de 33 millones de personas en el mundo han sido diagnosticados con fibrilación auricular, la cifra de pacientes con un “AREPA”, ciertamente no es despreciable (7). El propósito de esta breve nota es visibilizar este problema, plantear un abordaje diagnóstico y terapéutico, e invitar a la discusión a los interesados en el tema.

Algunos autores ya se han ocupado del problema (6-9). Estos autores relacionan una AREPA con dosis subterapéuticas de anticoagulantes, pobre adherencia a los fármacos,

etiologías no cardioembólicas, no control de factores de riesgo cardiovascular, ineficacia del tratamiento y variabilidad genética. Adicionalmente, concuerdan en que una AREPA confiere un mayor riesgo de evento isquémico a futuro y plantean la necesidad de encontrar opciones terapéuticas para estos pacientes (6-9). No obstante, en el terreno de opciones terapéuticas, la información es escasa y se basa en opiniones de expertos. Se ha planteado, entre otros, cambiar el anticoagulante, terapia combinada con antiagregantes, terapia combinada con técnicas de exclusión de aurícula, mejor control de factores de riesgo cardiovascular y monitoreo de la intensidad y adherencia a la anticoagulación (6-9).

Con base en lo anterior y en nuestra experiencia clínica, presentamos un abordaje diagnóstico y terapéutico: Es importante cerciorarse, en la medida de lo posible, que el nuevo evento es de origen vascular y no un imitador. Solicitar siempre una resonancia con secuencias de susceptibilidad magnética, ya que algunas hemorragias intracranéicas, los microsangrados cerebrales o hemorragias subaracnoideas de la vejez, pueden tener presentaciones similares a los eventos isquémicos, y no visualizarse en la tomografía. Revisar la indicación inicial de la anticoagulación, el INR (International Normalized Ratio) en el caso de la warfarina, la adherencia al tratamiento anticoagulante formulado (con paciente y familiares/cuidadores), interacciones medicamentosas y, para el rivaroxaban, indagar sobre la toma del medicamento en relación con las comidas. Estudiar y controlar los factores de riesgo cardiovascular y buscar mecanismos no cardioembólicos o cardioembólicos distintos a fibrilación auricular. Si al elaborar una lista de chequeo están presentes uno o más de los elementos mencionados, puede hacerse manejo de los mismos y continuar con el mismo anticoagulante. Si, por el contrario, la AREPA es por

(1) Neurólogo, Fundación Cardioinfantil. Bogotá, Colombia.

(2) Residente de neurología, Universidad del Rosario, Fundación Cardioinfantil. Bogotá, Colombia.

Contribución de los autores: Los autores participaron en la concepción de la idea, la redacción y revisión del manuscrito.

Recibido: 17/09/21. Aceptado: 28/10/21.

Correspondencia: Camilo Andrés Romero Hernández, romerocamilo@yahoo.com



un mecanismo cardioembólico por fibrilación auricular, y los demás elementos están ausentes, se recomienda realizar una junta multidisciplinaria (cardiología, medicina interna, neurología, hematología) y plantear cambio de anticoagulante, exclusión o cierre de auriculilla y/o control de ritmo.

La AREPA plantea desafíos e interrogantes para el clínico en ejercicio, y debe ser tema de estudio para los investigadores, y materia de discusión entre especialistas de la misma o distintas disciplinas.

REFERENCIAS

1. Svendsen JH, Diederichsen SZ, Højberg S, Krieger DW, Graff C, Kronborg C, et al. Implantable loop recorder detection of atrial fibrillation to prevent stroke (The LOOP Study): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2021;S0140-6736(21):01698-6.
2. Svennberg E, Friberg L, Frykman V, Al-Khalili F, Engdahl J, Rosenqvist M. Clinical outcomes in systematic screening for atrial fibrillation (STROKESTOP): a multicentre, parallel group, unmasked, randomised controlled trial. *Lancet*. 2021;S0140-6736(21):01637-8.
3. Tabares-Montoya D, Barahona-Giraldo S, Ramírez-Reyes L, Nieto-Cárdenas O. Accidente cerebrovascular y fibrilación auricular en una institución prestadora de salud del Quindío. *Revista de investigaciones universidad del Quindío*. 2021;33(1): 115-125. DOI:<https://doi.org/10.33975/riuq.vol33n1.458>.
4. García L, Pérez M, Amaya González P. Fibrilación auricular en pacientes con ataque cerebrovascular: experiencia en un centro de referencia del suroccidente colombiano. *Acta Neurol Colomb*. 2015; 31(4): 363-368
5. Mendoza-Sánchez JA, Silva FA, Rangel-Celis LM, Arias JE, Zuñiga-Sierra EA. Modelo de costos asociados al ataque cerebrovascular y los eventos adversos en pacientes con fibrilación auricular no valvular tratados con warfarina. *Rev Colomb Cardiol*. 2019;26(3):125-132.
6. Freedman B, Martinez C, Katholing A, Rietbrock S. Residual risk of stroke and death in anticoagulant-treated patients with atrial fibrillation. *JAMA cardiol*. 2016;1(3): 366–368.
7. Fernandes L, Sargento-Freitas J, Milner J, Silva A, Novo A, Gonçalves T, et al. Ischemic stroke in patients previously anticoagulated for non-valvular atrial fibrillation: Why does it happen?. *Rev Port Cardiol*. 2019;38(2): 117–124
8. Seiffge DJ, De Marchis GM, Koga M, Paciaroni M, Wilson D, Cappellari M, et al. Ischemic stroke despite oral anticoagulant therapy in patients with atrial fibrillation. *Ann Neurol*. 2020;87(5): 677–687.
9. Szeto C, Hui KF. Residual stroke risk in patients with atrial fibrillation treated with non-vitamin k oral anticoagulants: An 8-year retrospective cohort study. *Cerebrovasc Dis Extra*. 2021;11(1): 9–14.