

La segunda AREPA: AREPA2

The second AREPA: AREPA2

Camilo Andrés Romero¹ , Johan Sebastian García Gil¹ 

Estimado editor:


La enfermedad cerebrovascular en el adulto es la segunda causa de mortalidad en Colombia y de las primeras de discapacidad (1). Aproximadamente, tres cuartos de los ataques cerebrovasculares (ACV) son isquémicos (2) y la fibrilación auricular (FA) puede ser el mecanismo causante hasta en el 30,0% de los casos (2-3). La anticoagulación es la terapia antitrombótica de elección en los pacientes con ACV isquémico y FA (3), sin embargo, el riesgo residual de ACV isquémico en pacientes con FA, a pesar de la anticoagulación, puede ser hasta del 7,2% por año (3).

En el 2021, en una carta al editor, describimos el término AREPA: ACV recurrente en paciente anticoagulado (4). En el mismo texto planteamos un abordaje diagnóstico y terapéutico para un AREPA. Han transcurrido cinco años aproximadamente y durante este periodo se ha acumulado información que permite emitir algunas recomendaciones sobre el manejo de un AREPA:

- Un AREPA se puede deber a un mecanismo fisiopatológico diferente, no adherencia a la anticoagulación, dosis inadecuadas de anticoagulación, factores de riesgo para ACV no controlados o tromboembolismos por razones aún no identificadas (5-6).
- La enfermedad ateromatosa de gran vaso y la enfermedad vascular de pequeño vaso pueden representar hasta un 50,0% de los ACV isquémicos (2, 7).
- La adherencia a la anticoagulación en pacientes con FA a largo plazo puede alcanzar solo el 35,0% (8).
- Hasta un 50,0% de pacientes de edad avanzada pueden recibir dosis no apropiadas de anticoagulante (9).
- Los pacientes con FA frecuentemente tienen comorbilidades que son factores de riesgo para enfermedad vascular (10).
- Por último, un porcentaje variable pero importante de los pacientes atendidos por ACV tienen un diagnóstico de un imitador (11).

Estudios de laboratorio con tiempos de coagulación y medición de niveles de anticoagulante pueden revelar la causa de un AREPA (5); sin embargo, algunos laboratorios no están disponibles en Colombia. Algunos clínicos en un AREPA estarían tentados a cambiar el régimen de anticoagulación. Datos observacionales indican que el cambio de anticoagulante ofrece poca reducción en el riesgo de recurrencia de un ACV isquémico y la opción de agregar antiagregantes plaquetarios puede aumentar el riesgo de sangrado (5). Por otro lado, el cierre de la auriculilla podría ser una opción terapéutica para un AREPA (12).

¹ Servicio de Neurología, La Cardio, Bogotá, Colombia

 **Correspondencia/Correspondence:**
Camilo Andrés Romero, calle 163A 13B-60, La Cardio, Bogotá, Colombia.
Correo-e: romerocamilo@yahoo.com

Historia del artículo/Article info

Recibido/Received: 05 de septiembre, 2025

Revisado/Revised: 18 de septiembre, 2025

Aceptado/Accepted: 23 de septiembre, 2025

Publicado/Published online: 28 de noviembre, 2025

Citation/Citación: Romero CA, García Gil JS. La segunda AREPA: AREPA2. Acta Neurol Colomb. 2025;41(4):e2024.

<https://doi.org/10.22379/anc.v41i4.2024>



E-ISSN: 2422-4022
L-ISSN: 0120-8748

Con el anterior panorama, se introduce el término AREPA2, como una mnemotecnia para enfrentar un AREPA (tabla 1). En este caso, cada letra representa un aspecto a evaluar en el caso de un ACV recurrente en paciente anticoagulado:

- A: Asegúrese de que sea un ACV isquémico.
- R: Revise la adherencia, interacciones y dosis de la anticoagulación.
- E: Evalúe el mecanismo fisiopatológico del ACV.
- P: Promueva el control de factores de riesgo vascular y comorbilidades.
- A2: Asesórese con otras especialidades.

¿Agregue cierre de auriculilla?

El manejo de un AREPA continúa siendo un desafío para el clínico. Se espera que AREPA2 facilite el enfrentarse a esta situación clínica, permita la toma de decisiones terapéuticas, promueva la interdisciplinariedad en el manejo de estos pacientes y provea rutas de investigación en pacientes con FA con ACV isquémico recurrente a pesar de la anticoagulación.

Contribuciones de los autores. Camilo Andrés Romero: conceptualización, análisis formal, búsqueda, metodología y escritura original;

Johan Sebastian García Gil: conceptualización, análisis formal y escritura original.

Implicaciones éticas. Se siguieron los principios éticos de la declaración de Helsinki.

Financiamiento. Los autores declaran que no tuvieron fuentes de financiación externa para la escritura o publicación de esta carta.

Conflictos de interés. Los autores declaran no tener conflictos de interés relacionados con la escritura o publicación de esta carta.

Uso de inteligencia artificial (IA). Los autores declaran que no usaron inteligencia artificial en la elaboración o escritura de la presente carta al editor.

Declaración de datos. Los autores declaran que no existen datos disponibles publicados en acceso abierto en repositorios. Para cualquier consulta o solicitud relacionada con esta carta al editor, se debe contactar al autor de correspondencia.

Tabla 1. Mnemotecnia para el abordaje del ACV recurrente a pesar de la anticoagulación: AREPA2				
A	R	E	P	A ²
Asegúrese de que sea un ACV isquémico.	Revise la adherencia, interacciones y dosis de anticoagulación.	Evalúe el mecanismo fisiopatológico del ACV.	Promueva el control de factores de riesgo y comorbilidades.	Asesórese con otras especialidades -Agregue cierre de auriculilla.
Descarte un imitador de ACV e identifique síntomas y signos de focalización neurológica. La neuroimagen por resonancia magnética tiene mayor sensibilidad para lesiones vasculares.	Indague sobre la toma del anticoagulante: dosis, número de tomas, relación con la ingesta de alimentos y número de dosis perdidas. Tenga en cuenta la edad del paciente, la función renal, el peso, la dieta y las interacciones medicamentosas. Obtenga PT-INR para warfarina y, en lo posible, niveles de ACOD.	Descarte enfermedad ateromatosa de gran vaso o enfermedad de pequeño vaso cerebral. No olvide otros mecanismos menos frecuentes y descarte trombo intracardiaco.	Promueva los ocho elementos esenciales: 1. Dieta saludable 2. Actividad física 3. No fumar 4. Higiene del sueño 5. Adecuado peso 6. Control del colesterol 7. Glicemia 8. Presión arterial	Tome decisiones terapéuticas en conjunto con otras especialidades. Contemple la posibilidad de cierre de auriculilla o intervenciones adicionales que disminuyan el riesgo de ACV sin aumentar el de sangrado.

Nota. ACV: ataque cerebrovascular; PT: tiempo de protrombina; INR: International Normalized Ratio; ACOD: anticoagulante oral directo.

Fuente: elaboración propia.

Referencias

1. Valencia-Mendoza MC, Romero C, Molano-González N. Mortalidad en Colombia por enfermedad cerebrovascular en comparación con enfermedad isquémica coronaria: 1995–2020. *Rev Colomb Cardiol*. 2024;31(6):368–78. <https://doi.org/10.24875/rccar.24000063>
2. Romero CA, Gaviria Carrillo M. Stroke in Bogota, Colombia: Are we that Different? *EC Neurology*. 2021:68–73.
3. McCabe JJ, Cheung Y, Foley M, O Brennan S, Buckley J, Camps Renom P, et al. Residual risk of recurrent stroke despite anticoagulation in patients with atrial fibrillation: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Neurol*. 2025;82(7):696–705. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2025.1337>
4. Romero Hernández CA, Valencia Mendoza MC. ¿Qué hacer con una AREPA? *Acta Neurol Colomb*. 2021;37(4):226–7. <https://doi.org/10.22379/24224022393>
5. Van Gelder IC, Rienstra M, Bunting KV, Casado-Arroyo R, Caso V, Crijns HJGM, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur Heart J*. 2024;45(36):3314–414. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae176>
6. Sánchez-Acosta K, Galeano L, Villarreal D, Montoya A, Bayona H. Ataque cerebrovascular recurrente por fibrilación auricular: perspectivas sobre un problema no resuelto. *Rev Colomb Cardiol*. 2023;30(3):185–92. <https://doi.org/10.24875/rccar.22000049>
7. Bogenschutz KM, Fisher DS, Wright GW. Acute ischemic stroke: a guideline-based overview of evaluation and management. *JAAPA*. 2025;38(5):13–20. <https://doi.org/10.1097/01.jaa.0000000000000203>
8. Xu W, Huang X, Lin Q, Wu T, Guan C, Lv M, et al. Application of Alfalfa App in the management of oral anticoagulation in patients with atrial fibrillation: a multicenter randomized controlled trial. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2024;24(1):294. <https://doi.org/10.1186/s12911-024-02701-1>
9. Zhang YT, Liu JP, Zhao ZN, Gu HQ, Na YF, Zhang TQ, et al. Inappropriate dosing of direct oral anticoagulants among very older inpatients with atrial fibrillation. *BMC Geriatr*. 2025;25:292. <https://doi.org/10.1186/s12877-025-05960-3>
10. Askarinejad A, Lane DA, Sadeghipour P, Haghjoo M, Lip GYH. Stroke prevention in atrial fibrillation: a narrative review of current evidence and emerging strategies. *Eur J Clin Invest*. 2025;55(9):e70082. <https://doi.org/10.1111/eci.70082>
11. Ramirez Rodriguez N, Romero C, Cruz D. Stroke Mimics: Experience in a Colombian Fourth Level Hospital (P10–5.016). *Neurology*. 2024;102(7 supl. 1). <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000205949>
12. Maarse M, Seiffge DJ, Werring DJ, Boersma LVA, RAF, RAF-DOAC, CROMIS-2, SAMURAI, NOACISP, Erlangen Registry, and Verona Registry, STR-OAC LAAO Group, et al. Left atrial appendage occlusion vs standard of care after ischemic stroke despite anticoagulation. *JAMA Neurol*. 2024;81(11):1150–8. <http://doi.org/10.1001/jamaneurol.2024.2882>