

Nuevas guías AHA/ASA de ACV. Las guías cubren TH, AOs, edad a la menopausia

Guidelines for the prevention of stroke in women. A statement for health care professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2014. Feb 6. [Epub ahead of print]

BUSHNELL C, MCCULLOUGH LD, AWAS IA, ET AL.

Nivel de evidencia: III

Resumen. La mayoría de ustedes están familiarizados con las guías basadas en la efectividad para la prevención de la enfermedad cardiovascular en las mujeres del American Heart Association, AHA [la actualización del 2011]) y las recomendaciones del reporte del Eighth Joint National Committee (JNC 8) para el tratamiento de la hipertensión.²

Ahora tenemos por primera vez las guías para prevención de ACV de la American Stroke Association (AHA) que se enfoca exclusivamente en los riesgos únicos para la mujer (factores reproductivos tales como preeclampsia, anticonceptivos orales [AO], menopausia y Terapia hormonal [TH]) y aquellas que son más comunes en las mujeres (migraña con aura, obesidad, síndrome metabólico y fibrilación arterial [FA]).

Las guías abarcan 44 páginas con más de 440 referencias, pero no vienen con un resumen condensado de recomendaciones claves. Los tópicos discutidos, sin embargo, están claramente demarcados, cada uno terminando con un resumen de sección en algunas guías, así como unas recomendaciones en negrilla.

Dado que este es un problema de bastante importancia clínica, queremos animarlo a consultar la versión completa, debido a que es imposible, para ser justo con un documento de tal amplitud y profundidad, hacer o mostrar secciones puntuales.

Comentario. Las mujeres tienen un riesgo de por vida más alto que los hombres (a menudo atribuido a la ya más larga esperanza de vida de las mujeres), con una mayor la mortalidad edad específica a partir de las alrededor de 65 años.

La hipertensión es el factor de riesgo más común (pero modificable) para el accidente cerebrovascular; por lo tanto, es fundamental su pronto y constante tratamiento. El tratamiento de la hipertensión en mujeres de más de 55 años se asoció con una reducción del 38% en eventos cerebrovasculares fatales y no fatales.

Los beneficios pueden ser mayores cuando el tratamiento es instituido en mujeres de 30 a 54 años. Las nuevas directrices del JNC 8 2014² respecto a la terapia de la hipertensión no diferencian entre las mujeres y los hombres.

Algunas recomendaciones en las nuevas guías específicas para los riesgos en las mujeres son semejantes a las guías de la AHA 2011 para la reducción de los riesgos de las enfermedades cardiovasculares (ECV) en mujeres.¹ Por ejemplo, ambas aconsejan que es razonable considerar la evaluación de mujeres que han pasado la edad fértil para una historia de preeclampsia o eclampsia y documentar esa historia como un riesgo. Las nuevas directrices de accidente cerebrovascular van en la dirección de recomendar la evaluación y el tratamiento de factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares como la hipertensión, la obesidad, el tabaquismo y la dislipidemia.

Los anticonceptivos orales se discuten en detalle, más desde el punto de vista de las mujeres jóvenes que de las de más edad. Sabemos que los anticonceptivos orales suavizan la transición menopáusica y son importantes para el manejo de los síntomas y el sangrado abundante en mujeres de mediana edad, así como proveen la necesaria anticoncepción. El aumento relativo en el riesgo de accidente cerebrovascular con los anticonceptivos orales de baja dosis es pequeño (aproximadamente de

1.4 a 2 veces) en comparación con las no usuarias, pero los riesgos aumentan con la edad, el tabaquismo, la hipertensión, la diabetes, la obesidad, la hipercolesterolemia o las mutaciones protrombóticas.

Se considera la posibilidad de que la línea base de riesgo de accidente cerebrovascular es 3.4 por cada 100.000 mujeres de 15 a 19 años y se eleva a 64.4 por 100.000 en mujeres de 45 a 49 años. Una duplicación del riesgo podría resultar en un riesgo absoluto de 128.8 por 100.000 para el grupo de mujeres en la edad de la perimenopausia. No son recomendados los exámenes de rutina para mutaciones protrombóticas antes de iniciar los anticonceptivos orales, aunque la detección selectiva sobre la base de antecedentes personales o familiares antes de tromboembolismo venoso puede ser más económico-efectiva. De acuerdo con las guías, la medición de la presión arterial antes y después de iniciar el tratamiento y el tratamiento agresivo de los factores de riesgo del accidente cerebrovascular pueden ser medidas razonables.

La migraña con aura se asocia con una duplicación de riesgo de accidente cerebrovascular, con nuevos aumentos en las usuarias de los anticonceptivos orales (7 veces) y en las fumadoras (9 veces).

Aunque el American Congress of Obstetricians and Gynecologists de la Organización Mundial de la Salud recomienda no usar los anticonceptivos orales en las mujeres que tienen migraña con aura,^{3,4} sus recomendaciones no se revisan en las guías de ACV de la AHA. Dejar de fumar es recomendado. Agentes para reducir la frecuencia de migrañas pueden ser razonables, pero no ha sido demostrado que reduzcan el riesgo de apoplejía.

A diferencia de las guías de la AHA 2011, la cual no incluyó ninguna mención de la menopausia temprana y el riesgo de ECV, estas nuevas directrices discuten la edad de la menopausia como un posible riesgo para el accidente cerebrovascular, aunque los autores señalan que la evidencia no es totalmente coherente. Sin embargo, la discusión de la menopausia representa un avance.

Se necesitan estudios adicionales para determinar la influencia del momento de la aparición

de la menopausia, así como posibles contribuciones del tipo de menopausia (natural o quirúrgica) en el riesgo de accidente cerebrovascular.

Con respecto a la TH posmenopáusica, las directrices reconocen la contribución al riesgo de ACV en las mujeres mayores que se embarcan en TH y recomiendan que ni la TH ni los moduladores selectivos de los receptores de estrógenos (tales como raloxifeno, tamoxifeno o tibolona) se utilicen para la prevención primaria del accidente cerebrovascular. Las guías reconocen que se necesita investigación adicional para un mejor entendimiento de cuáles de los subgrupos de mujeres pueden estar en riesgo de ACV asociado con TH y para optimizar el tiempo y la vía de administración, así como la dosis y el tipo de la hormona utilizada.

Apropiadamente, una larga discusión de la FA es incluida -con la FA aumenta el riesgo de accidente cerebrovascular en unas cuatro a cinco veces-. Aunque el riesgo de accidentes cerebrovasculares atribuibles a FA es de 1.5% en mujeres de 50 a 59 años, para la edad de 80 años o más, el riesgo aumenta a casi el 25%. Se describen las herramientas de estratificación de riesgo, como es el uso de terapias anticoagulantes para la profilaxis del accidente cerebrovascular. Es importante la recomendación clínica para la detección de la FA en todas las mujeres mayores de 75 años, primero por el control del pulso y luego, si está indicado, por electrocardiograma.

La buena noticia es que en octubre, en la reunión anual de la NAMS, tenemos toda una presentación dedicada a la FA.

Por último, se discute la predicción del riesgo de ictus de cada sexo. Aunque el cálculo de riesgo de Framingham de accidente cerebrovascular se menciona, también se discuten las limitaciones en las mujeres mayores.

Dado el creciente número de mujeres en grandes estudios observacionales y clínicos recientes, se espera que sea inminente el desarrollo de una herramienta de detección más eficaz.

Cynthia A. Stuenkel, MD, NCMP
Clinical Professor of Medicine, Endocrinology,
and Metabolism
University of California, San Diego
La Jolla, CA

Referencias

1. Mosca L, Benjamin EJ, Berra K, et al. Effectiveness based guidelines for the prevention of cardiovascular disease in women-2011 update: a guideline from the American Heart Association. *Circulation*. 2011;123(11):1243-1262. Erratum in: *Circulation*. 2011;124(16):e427. *Circulation*. 2011; 123(22):e624.
2. James PA, Oparil S, Carter BL, et al. 2014 evidence based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA*. 2014;311(5):507-520.
3. ACOG Practice Bulletin No. 110: noncontraceptive uses of hormonal contraceptives. *Obstet Gynecol*. 2010; 115(1):206-218.
4. Curtis KM, Mohllajee AP, Peterson HB. Use of combined oral contraceptives among women with migraine and nonmigrainous headaches: a systematic review. *Contraception*. 2006; 73(2):189-194.