



MEDFAMYC

REVISTA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNIDAD
UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN

ISSN: 3105-9899 | Vol. 2 Núm. 2 | Julio-diciembre, 2025

REPORTE DE CASO

Reinicio de anticoagulación oral con apixabán tras accidente cerebrovascular isquémico con transformación hemorrágica en un paciente octogenario

Víctor Valentín Bordón Parra¹, José María Centurión Mareco¹,
Richard Darío Velázquez González¹

¹Hospital General de Coronel Oviedo, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), Paraguay

DOI: [10.66476/mf.v2n2.6077](https://doi.org/10.66476/mf.v2n2.6077) | Publicado: 2 de diciembre, 2025



RESUMEN

Introducción: Los anticoagulantes orales de acción directa (ACOD) han demostrado una eficacia comparable o superior a los antagonistas de la vitamina K en la prevención del accidente cerebrovascular (ACV), con un perfil de seguridad más favorable. Sin embargo, el momento óptimo para su reinicio tras un evento isquémico agudo, especialmente en pacientes de edad avanzada y con transformación hemorrágica, sigue siendo un desafío clínico. **Presentación del caso:** Se presenta el caso de un paciente masculino de 86 años, hipertenso, que ingresó con un cuadro de 48 horas de evolución caracterizado por hemiparesia izquierda, disartria y alteración del estado de conciencia. La tomografía computarizada evidenció un ACV isquémico fronto-parieto-occipital derecho con transformación hemorrágica. **Intervención y resultados:** Tras la estabilización inicial y el manejo del edema cerebral y complicaciones infecciosas (neumonía por broncoaspiración), se realizó una evaluación multidisciplinaria del riesgo hemorrágico versus trombótico. Se decidió iniciar anticoagulación con apixabán 5 mg cada 12 horas en el octavo día de internación. A los 30 días de seguimiento, el paciente mostró una evolución favorable (NIHSS de 4 puntos), sin recurrencia de eventos isquémicos ni complicaciones hemorrágicas. **Conclusión:** El reinicio de la anticoagulación con apixabán en la ventana de 5 a 10 días puede ser una estrategia segura y efectiva en pacientes geriátricos con ACV isquémico de volumen moderado, siempre que la decisión se base en un perfil de riesgo individualizado.

Palabras clave: Anticoagulantes orales directos, Accidente cerebrovascular isquémico, Apixabán, Seguridad del

Correspondencia: Víctor Valentín Bordón Parra. Hospital General de Coronel Oviedo, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), Paraguay.

Financiación: Los autores declaran que no recibieron fondos externos para la realización de este estudio.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés financieros, personales, profesionales, institucionales ni de otra índole relacionados con este trabajo.

paciente, Anciano de 80 años o más.

INTRODUCCIÓN

El accidente cerebrovascular (ACV) de origen isquémico representa una de las principales causas de morbilidad y discapacidad permanente a nivel mundial. Históricamente, los antagonistas de la vitamina K (AVK) fueron la piedra angular para la prevención secundaria en pacientes con fibrilación auricular y otros estados procoagulantes; no obstante, su uso conlleva limitaciones significativas, como una ventana terapéutica estrecha, interacciones farmacológicas y dietéticas complejas, y la necesidad de monitoreo laboratorial constante (1, 2).

En la última década, la introducción de los anticoagulantes orales de acción directa (ACOD), como dabigatrán, rivaroxabán y apixabán, ha transformado el paradigma de tratamiento. Estos fármacos ofrecen una farmacocinética predecible, inicio de acción rápido (2 a 4 horas) y no requieren monitorización rutinaria de la coagulación (3). Más importante aún, la evidencia sugiere que los ACOD presentan una reducción significativa en el riesgo de hemorragia intracraneal en comparación con los AVK, un factor crítico en la población geriátrica (4).

A pesar de estas ventajas, persiste una incertidumbre clínica sustancial respecto al momento preciso («timing») para iniciar o reiniciar la anticoagulación tras un ACV isquémico agudo. El dilema clínico reside en equilibrar el riesgo de transformación hemorrágica del infarto —exacerbado por el reinicio precoz— frente al riesgo de recurrencia embólica asociado a un retraso excesivo (5).

El presente artículo reporta la experiencia clínica en el manejo de un paciente octogenario con ACV isquémico y transformación hemorrágica, en quien se optó por el reinicio de la anticoagulación con apixabán al octavo día, guiado por estratificación de riesgo.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de un paciente de sexo masculino de 86 años de edad, con antecedente patológico personal de hipertensión arterial tratada irregularmente con enalapril 20 mg/día. Acudió al servicio de urgencias del Hospital General de Coronel Oviedo derivado de un puesto de salud local, tras presentar un cuadro clínico de inicio súbito 48 horas previas al ingreso.

Al momento de la admisión, el paciente se encontraba confuso y somnoliento, con una puntuación en la Escala de Coma de Glasgow (GCS) de 12/15 (Ocular 4, Verbal 3,

Motora 5). Al examen físico neurológico, se constató hemiparesia braquiocrural izquierda, desviación de la comisura labial y disartria marcada. La evaluación clínica general reveló signos compatibles con broncoaspiración.

Se realizó una tomografía axial computarizada (TAC) de cráneo simple, la cual evidenció una lesión isquémica extensa en la región fronto-parieto-occipital derecha. Un hallazgo crítico en la imagen fue la presencia de transformación hemorrágica dentro del área infartada, lo que añadió complejidad a la decisión terapéutica inmediata. Adicionalmente, durante su estancia hospitalaria, se confirmó el diagnóstico de neumonía por broncoaspiración.

Se instauró tratamiento inicial orientado a la neuroprotección y manejo del edema cerebral con dexametasona y manitol, observándose una mejoría ostensible del estado de conciencia hacia el segundo día (GCS 13/15). Para el cuadro infeccioso pulmonar, se completó esquema antibiótico con Cefotaxima y Ceftriaxona. Se añadieron medidas de soporte metabólico con citicolina y complejos vitamínicos. Hacia el cuarto día de internación, el paciente se encontraba hemodinámicamente estable, afebril, con mecánica respiratoria regular y sin requerimiento de oxígeno suplementario ni soporte vasopresor.

Dada la estabilidad clínica y la ausencia de progresión del sangrado en la tomografía de control, se realizó una evaluación multidisciplinaria el octavo día de internación para definir la profilaxis secundaria. Se valoró el riesgo isquémico versus hemorrágico considerando la edad, el tamaño del infarto y la transformación hemorrágica inicial. Se decidió iniciar anticoagulación con apixabán 5 mg vía oral cada 12 horas, junto con atorvastatina, tras el alta de la unidad de ictus.

RESULTADOS Y SEGUIMIENTO

La estrategia de reinicio en el día 8 (ventana intermedia temprana) resultó exitosa. En el control ambulatorio a los 30 días post evento:

- El paciente no presentó signos clínicos ni tomográficos de recurrencia de ACV isquémico.
- No se registraron eventos hemorrágicos mayores ni menores.
- La puntuación en la escala NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) fue de 4 puntos, indicando un déficit neurológico leve.

- Los paraclicnicos de control no mostraron evidencia de nefrotoxicidad ni hepatotoxicidad asociadas al fármaco.

DISCUSIÓN

El manejo del paciente presentado ilustra la viabilidad del uso de ACOD en escenarios de alta complejidad clínica. La decisión de reiniciar la anticoagulación al octavo día se alinea con la tendencia actual de evitar retrasos innecesarios que expongan al paciente a nuevos eventos cardioembólicos.

El perfil de seguridad de los ACOD, y específicamente del apixabán, ha sido validado en múltiples estudios que demuestran su superioridad o no inferioridad frente a la warfarina (6, 7). Sin embargo, el «temor al sangrado» a menudo retrasa el tratamiento. En este caso, la decisión se fundamentó en un análisis integrado de factores de riesgo.

Según la literatura reciente, existen criterios específicos que orientan hacia un reinicio temprano (3-7 días) versus tardío (> 7-14 días). Analizando el perfil de riesgo del paciente, se consideraron variables críticas. Un volumen de infarto extenso (> 50 mL), la edad avanzada (> 80 años), una puntuación alta en la escala HAS-BLED (≥ 3) o un aclaramiento de creatinina reducido (< 30 mL/min) son factores que tradicionalmente sugieren precaución y un

reinicio tardío (8, 9). En contraste, la presencia de pocos factores de riesgo (≤ 1) favorecería un reinicio temprano.

Nuestro paciente presentaba edad avanzada y transformación hemorrágica, lo que situaba su caso en una zona gris; sin embargo, la estabilidad neurológica y la resolución del cuadro agudo permitieron optar por el día 8, una decisión que se sitúa en el límite superior de la «ventana temprana» propuesta por algunas guías, como la regla 1-3-6-12 de la European Heart Rhythm Association (10, 11).

El uso de escalas como CHA₂DS₂-VASc y HAS-BLED fue instrumental para objetivar el riesgo (12). Asimismo, la elección de apixabán se sustentó en su perfil farmacológico favorable en ancianos, con menor dependencia de la eliminación renal en comparación con otros ACOD (13). Es importante destacar que, a diferencia de los AVK, los ACOD ofrecen una acción anticoagulante plena desde la primera dosis, eliminando la necesidad de terapia puente con heparinas, lo cual simplifica el manejo ambulatorio y mejora la adherencia (14).

En conclusión, la reanudación de la anticoagulación con apixabán al octavo día tras un ACV isquémico con transformación hemorrágica demostró ser segura y efectiva en este paciente octogenario. Este caso refuerza la importancia de la individualización terapéutica y el manejo multidisciplinario, sugiriendo que los protocolos rígidos deben adaptarse a la evolución clínica dinámica del paciente.

REFERENCIAS

1. Pautas E, Siguret V. Farmacología clínica comparada de los anticoagulantes orales: antivitaminicos K y anticoagulantes orales directos. EMC - Tratado Med. 2023;27(4):1–6.
2. Alemán A, Ioli P. Eficacia comparativa y costo-eficacia de los nuevos anticoagulantes orales para prevención de ACV en fibrilación auricular no valvular. Neurol Argent. 2013;5(4):228–232.
3. Dulcey L, Caltagirone R, Moreno H, León C, Gonzales W, Martheyn R, et al. Reto terapéutico, los nuevos anticoagulantes orales en la práctica médica. Acta Bioclinica. 2019;9(17):229–48.
4. Seiffge DJ, Thomalla G, Audebert HJ, et al. Early versus delayed initiation of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants after acute ischemic stroke in patients with atrial fibrillation: a prospective cohort study. Neurology. 2019;93(19):e1828–e1838.
5. Balarezo-García MG, Suárez-Páez DA, Villacis Paredes GA, Salazar Pullutaci KD. Anticoagulación tras ACVi isquémico en paciente con fibrilación auricular: eficacia, seguridad y momento óptimo de inicio. Rev Cubana Invest Bioméd. 2024;43(1).
6. Brunetti ND, Tarantino N, De Gennaro L, Correale M, Santoro F, Di Biase M. Direct oral anticoagulants compared to vitamin-K antagonists in cardioversion of atrial fibrillation: an updated meta-analysis. J Thromb Thrombolysis. 2018;45:550–6.
7. Albadalejo GE, Javier GF, Fernanda LFM. Guía sobre los Nuevos Anticoagulantes Orales. Soc Española Trombos y Hemost Soc Española Hematol y Hemoter. 2023;1–70.
8. Pisters R, Lane DA, Nieuwlaar R, et al. Derivation and validation of the HAS-BLED score to assess 1-year risk of major bleeding in patients with atrial fibrillation. J Thromb Haemost. 2010;8(7):1393–1400.
9. Lip GYH, Banerjee A, Boriani G, et al. Antithrombotic therapy for atrial fibrillation: CHEST guideline and expert panel report. Chest. 2018;154(5):1121–1201.
10. Ceresetto JM, Tajer C, Duboscq C, Bottaro F, Casais P, Korin J. Recomendaciones de manejo de los anticoagulantes orales directos (DOACs) anti Xa y anti IIa. Med (B Aires) [Internet]. 2022;82(Supl 2):1–55.
11. Sequeira Quesada CM, Lin Wu E, Navarro Alvarado MJ. Generalidades y actualización del manejo de anticoagulantes en procedimientos urgentes y electivos. Cienc Salud UCIMED. 2023;7(4):67–85.

12. Theran León JS, Vivas Prada MA, Zapata Campo ER, Acuña Mendez LE, Vergara Garcia M, Hernández Jaramillo LL, et al. Anticoagulantes Orales Directos una Revisión de Tema Respaldada en la Evidencia. *Cienc Lat Rev Científica Multidiscip.* 2024;8(2):8323–39.
13. Polo-García J, Pallares-Carratalá V, Turegano-Yedro M, Romero-Vigara JC, Prieto-Díaz MA, Cinza-Sanjurjo S. Situación actual de los anticoagulantes orales de acción directa en atención primaria de España. Posicionamiento de SEMERGEN en 2023. *Med Fam Semer.* 2024;50(3):102136.
14. Maximiliano Zamora H, Claudio Nazar J, Guillermo Lema F. Novel oral anticoagulants and new platelet antiaggregants, in the perioperative period of non cardiac surgery. Part 1: New direct oral anticoagulants. *Rev Chil Anest.* 2018;47(4):224–32.