

es el resultado de enfermedad cardíaca y en la mayoría esta es reconocida en el momento del ACV. Un mecanismo embólico es el responsable. Recomendaciones para ACV y enfermedad cardíaca según AHA.<sup>7</sup>

#### *Recomendaciones Clase II*

1. Para los niños con una embolia cardíaca con un alto riesgo de embolia recurrente, no relacionado con un FOP, es razonable iniciar HNF o HBPM, mientras que la terapia con AVK se inicia y ajusta (clase IIa, nivel de evidencia B). Por otra parte, es razonable utilizar inicialmente HBPM y continuar, en lugar de cambiar a AVK (clase IIa, nivel de evidencia C).
2. En los niños con un riesgo de embolia cardíaca, es razonable seguir HBPM o AVK durante al menos 1 año o hasta que la lesión responsable del riesgo ha sido corregida (clase IIa, nivel de evidencia C). Si el riesgo de embolia recurrente se considera alto, es razonable seguir con anticoagulación indefinidamente mientras sea bien tolerado (clase IIa, nivel de evidencia C).
3. Para los niños con una sospecha de embolia cardíaca relacionada con un FOP y con un riesgo bajo o desconocido de ACV, es razonable comenzar con aspirina y continuar durante al menos 1 año (clase IIa, nivel de evidencia C).
4. El cierre quirúrgico o la reparación por catéter es razonable en individuos con un defecto septal atrial mayor para reducir el riesgo de ACV y para prevenir las complicaciones cardíacas a largo plazo (clase IIa, nivel de evidencia C). Esta recomendación no se aplica a los individuos con un FOP.
5. Hay pocos datos que rigen el manejo de pacientes con endocarditis protésica, pero puede ser razonable seguir con anticoagulación de mantenimiento en los individuos que ya la están tomando (clase IIb, nivel de evidencia C).

#### *Recomendaciones Clase III*

No se recomienda la terapia anticoagulante para individuos con endocarditis en válvula nativa (clase III, nivel de evidencia C).

En la guía ACCP<sup>6</sup> se plantean situaciones relacionadas con patología cardiovascular o procedimientos y que pueden requerir anticoagulación o antiagregación como en el caso de cirugía de Glenn, Fontan, o el uso de catéteres.

#### *Específicamente menciona:*

Sugerimos para ACV secundarios a causas cardioembólicas, tratamiento anticoagulante con HBPM o AVK durante al menos 6 semanas, con tratamiento continuo dependiendo de la evaluación radiológica (grado 2C).

#### *La guía de RCP<sup>5</sup> sólo indica:*

La decisión de utilizar anticoagulación en niños con ACV isquémico que tengan una fuente embólica cardíaca debe discutirse con un cardiólogo y pediatra neurólogo.

#### Diseción cervicocefálica (DCC)

Las disecciones arteriales se producen cuando un desgarramiento o defecto de la capa íntima permite la entrada de sangre a la pared arterial formando un hematoma intramural y estrechando su luz. Recomendaciones en pacientes DCC y ACV según AHA.<sup>7</sup>

#### *Recomendaciones Clase II*

1. En niños con DCC extracraneal, es razonable comenzar HNF o HBPM como un puente para la anticoagulación oral (clase IIa, nivel de evidencia C).
2. Es razonable tratar a un niño con un DCC extracraneal con HBPM subcutáneo o anticoagulantes orales durante 3 a 6 meses (clase IIa, nivel de evidencia C).
3. Alternativamente, se puede sustituir un agente antiplaquetario por HBPM o el anticoagulante oral. Extender la terapia anticoagulante más allá de 6 meses es una opción razonable para las personas que presentan síntomas recurrentes (clase IIa, nivel de evidencia C).
4. Es razonable seguir con agentes antiplaquetarios más allá de 6 meses, especialmente cuando hay evidencia radiográfica de una anomalía residual de la arteria disecada (clase IIa, nivel de evidencia C).
5. En los pacientes que continúan teniendo síntomas de un DCC a pesar de terapia médica óptima, procedimientos quirúrgicos pueden ser considerados (clase IIb, nivel de evidencia C).

#### *Recomendaciones Clase III*

La anticoagulación no se recomienda para los niños con una diseción intracraneal y con hemorragia subaracnoidea causada por la DCC (clase III, nivel de evidencia C)

#### *La guía de la ACCP<sup>6</sup>*

Sugerimos para ACV secundarios a diseción, tratamiento anticoagulante con HBPM o anticoagulantes orales durante al menos 6 semanas, con tratamiento continuo dependiendo de la evaluación radiológica (grado 2C).

#### *La guía RCP<sup>5</sup>*

Siempre que no haya ninguna hemorragia en el cerebro, se debe considerar anticoagulación en los niños con ACV y diseción arterial extracraneal.

#### Moyamoya

Es una arteriopatía progresiva de origen desconocido. El diagnóstico se define por las imágenes características en la arteriografía digital, como la estenosis de las ramas de la ACI y un patrón patognomónico de pequeños vasos colaterales. Recomendaciones para el tratamiento de moyamoya en niños según AHA.<sup>7</sup>

#### *Recomendaciones Clase I*

1. Diferentes técnicas de revascularización son útiles para reducir efectivamente el riesgo de ACV causado por la enfermedad de moyamoya (clase I, nivel de reco-