

**ANTICOAGULACIÓN PARA FA SECUNDARIA**

CASO: FA DESENCADENADA POR SEPSIS:

**Antecedentes:**

Una mujer de 68 años con antecedentes de hipertensión y diabetes acude a urgencias por disnea progresiva de 3 días, tos y fiebre. No tiene antecedentes de ACV, arritmias cardíacas, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad coronaria o sangrado gastrointestinal. Su tratamiento es lisinopril y metformina.

**Exploración:**

En el examen inicial, su temperatura es de 38,5 °C, la tensión arterial de 105/53 mm Hg, la frecuencia cardíaca es regular a 105 latidos por minuto, la frecuencia respiratoria es de 24 respiraciones por minuto y la saturación de oxígeno del 86 % aire ambiente. Presenta crepitantes en base izquierda y parece confusa. No hay focalidad neurológica.

**Pruebas complementarias:**

* Los estudios de laboratorio muestran deterioro de la función renal (creatinina de 1,8 mg por decilitro (159 μmol por litro)), un anión gap de 16 mmol por litro, leucocitosis de 18.500 por milímetro cúbico con neutrofilia y un nivel elevado de lactato de 2,8 mmol por litro.
* En el electrocardiograma muestra taquicardia sinusal.
* La radiografía de tórax muestra una opacidad en el lóbulo inferior izquierdo que sugiere neumonía.

Se diagnostica de *sepsis por neumonía adquirida en la comunidad*. Se inician los antibióticos apropiados y oxígeno suplementario; es ingresada en planta de medicina interna para recibir atención continuada.

En el día 1 de la estancia hospitalaria, la paciente es diagnosticada de fibrilación auricular con un ritmo cardíaco irregular a 133 latidos por minuto. Ella niega sintomatología asociada. Se inicia la infusión intravenosa de heparina, y después de 16 horas, el ritmo cardíaco revierte a ritmo sinusal a 86 latidos por minuto.

**Reflexión del caso:**

Eres el responsable que atiende a esta paciente cuando está lista para el alta hospitalaria 3 días después. Ella no ha tenido ninguna recurrencia de fibrilación auricular desde el episodio inicial. Crees además, que la fibrilación auricular secundaria tiene un alto riesgo de recurrencia y puede conferir un mayor riesgo de accidente cerebrovascular isquémico.

Los agentes anticoagulantes pueden mitigar estos riesgos; sin embargo, la anticoagulación puede tener efectos secundarios adversos graves.

*Debes decidir* ***si recomienda o no la terapia anticoagulante*** *para este paciente después del alta.*

**Opciones de tratamiento**

*¿Cuál de los siguientes enfoques recomendarías para este paciente? Basa tu elección en la literatura publicada, tu propia experiencia, directrices y otras fuentes de información, según corresponda.*

1. Recomienda la terapia anticoagulante.

2. No se recomienda la terapia anticoagulante.

Para ayudar en su toma de decisiones, pedimos a dos expertos en el campo que resumieran la evidencia a favor de los enfoques asignados por los editores.

Teniendo en cuenta su conocimiento del tema y los puntos planteados por los expertos, ¿qué enfoque elegirías?

**Recomendada la terapia anticoagulante**

Los pacientes en los que se desarrolla una fibrilación auricular de novo a partir de una causa secundaria tienen un alto riesgo de futuros eventos cardiovasculares, incluido el accidente cerebrovascular, si no reciben terapia anticoagulante. La neumonía adquirida en la comunidad puede tener en este paciente una predisposición a la fibrilación auricular sin enmascarar. Además, puede haber tenido episodios no detectados y asintomáticos de fibrilación auricular antes de su ingreso en el hospital y antes de que la fibrilación auricular fuera diagnosticada por electrocardiografía.

Aunque no ha tenido una recurrencia aparente de fibrilación auricular en los 3 días transcurridos desde el diagnóstico, puede seguir teniendo episodios que no están diagnosticados. En el Framingham Heart Study, cuando se evaluaron los primeros episodios de fibrilación auricular con un precipitante secundario, la incidencia de recurrencia a 5 años fue del 42 %, la incidencia a 10 años fue del 56 % y la incidencia a 15 años fue del 62 %, en comparación con el 59 %, el 69 % y el 71 %, respectivamente, en pacientes sin precipitantes secundarios. La presencia de síntomas no es una buena manera de indicar si se producen episodios de fibrilación auricular, y esta paciente fue asintomática durante su episodio. En muchos pacientes con fibrilación auricular, la búsqueda de la arritmia requiere que busquemos más duro, más largo y de manera más sofisticada. Con el creciente uso de tecnologías digitales y dispositivos portátiles (por ejemplo, teléfonos inteligentes o relojes inteligentes), dicha monitorización puede facilitar la detección de las recurrencias de la fibrilación auricular.

Sin embargo, esta mujer tiene más de 65 años de edad y tiene múltiples factores de riesgo de accidente cerebrovascular, incluyendo hipertensión y diabetes. Su puntuación CHA2DS2-VASc es de 4 (las puntuaciones oscilan entre 0 y 9, con puntuaciones más altas que indican un mayor riesgo de accidente cerebrovascular), lo que la pone en alto riesgo de accidente cerebrovascular si se repite la fibrilación auricular, incluso si es asintomática. El riesgo asociado con episodios asintomáticos de fibrilación auricular es similar al de episodios sintomáticos cuando el paciente tiene factores de riesgo de accidente cerebrovascular. Dado que la carga de la arritmia puede cambiar con el tiempo, su riesgo de accidente cerebrovascular no es estático y aumentaría potencialmente si su fibrilación auricular progresara de paroxística a sostenida.

Aunque se necesita una anticoagulación oral para la prevención del accidente cerebrovascular en este paciente, los pacientes que reciben terapia anticoagulante todavía tienen un riesgo residual de eventos cardiovasculares adversos graves y muerte. El manejo para esta paciente (similar a la de los pacientes que presentan fibrilación auricular primaria) debe ser un enfoque de manejo holístico y la adhesión a las directrices de las guías de Atrial fibrillation Better Care (ABC): evitar el accidente cerebrovascular con el uso de anticoagulación a menos que el paciente esté en bajo riesgo (puntuación CHA2DS2-VASc de 0 en hombres o 1 en mujeres); un mejor manejo de los síntomas con decisiones centradas en el paciente y dirigidas a los síntomas sobre control de frecuencia o del ritmo (el control temprano del ritmo puede ser beneficioso en pacientes seleccionados); y manejo de los factores de riesgo cardiovascular y las condiciones coexistentes, incluida la atención a estilo de vida y factores psicológicos. La adhesión a la guía ABC se ha asociado con una reducción de la mortalidad por todas las causas, la mortalidad cardiovascular, el accidente cerebrovascular y el sangrado, independientemente de si la fibrilación auricular es primaria o se atribuye a causas secundarias.

En resumen, **a este paciente se le debe ofrecer terapia anticoagulante oral** como parte del manejo holístico general de la fibrilación auricular. La prevención de accidentes cerebrovasculares requiere la anticoagulación oral, siendo la opción preferida un anticoagulante oral directo. La aspirina no es la solución porque apenas reduce el accidente cerebrovascular relacionado con la fibrilación auricular y no parece diferir de los anticoagulantes orales directos en términos del riesgo de sangrado mayor o hemorragia intracraneal.

**No Recomienda La Terapia Anticoagulante:**

El siguiente caso describe a un paciente sin antecedentes de fibrilación auricular en el que se le diagnosticó fibrilación auricular por primera vez durante una hospitalización por sepsis. Ella no tiene antecedentes conocidos de miocardiopatía o accidente cerebrovascular isquémico. Se nos pide que decidamos si se debe recetar una anticoagulación oral a largo plazo para esta paciente cuando sea dada de alta del hospital. La fibrilación auricular de nueva aparición está presente en el 8 al 10 % de los pacientes hospitalizados con sepsis y hasta un 44 % con shock séptico. Según la Declaración Científica de la Asociación Americana del Corazón sobre la fibrilación auricular que ocurre durante la hospitalización aguda, en ausencia de contraindicaciones a la anticoagulación oral, la anticoagulación oral a largo plazo de acuerdo con el riesgo de accidente cerebrovascular "puede ser razonable" sobre la base del alto riesgo de recurrencia para los pacientes con fibrilación auricular recién diagnosticada en el contexto de desencadenantes agudos.

Sin embargo, es importante considerar no solo el riesgo de recurrencia de la fibrilación auricular, sino también la evidencia con respecto a la eficacia de la anticoagulación oral a largo plazo iniciada después de una nueva fibrilación auricular en el contexto de desencadenantes agudos. En primer lugar, los pacientes con fibrilación auricular con desencadenantes "reversibles" han sido excluidos de forma rutinaria de los ensayos clínicos de anticoagulantes orales, lo que ha dado lugar a una falta de evidencia directa de los ensayos aleatorios y controlados para formar un perfil de riesgo-beneficio de la anticoagulación oral a largo plazo en pacientes como esta mujer con fibrilación auricular de nueva aparición durante la sepsis. Por lo tanto, los médicos tienen que usar evidencia indirecta de ensayos aleatorios y controlados que excluyeron a pacientes como la mujer de nuestro caso o evidencia más directa de estudios observacionales en pacientes con fibrilación auricular de nueva aparición durante la sepsis. Aunque la incidencia de recurrencia después de la nueva fibrilación auricular en pacientes con sepsis es alta (aproximadamente el 40 % a 1 año), es menor que la de los pacientes que viven en la comunidad con fibrilación auricular recién diagnosticada.

Además de los menores riesgos de recurrencia de la fibrilación auricular, los riesgos de accidente cerebrovascular después de la fibrilación auricular de nueva aparición durante la sepsis son menores que los riesgos predichos de accidente cerebrovascular para pacientes que viven en la comunidad con fibrilación auricular y puntuaciones similares de CHA2DS2-VASc. Además, un estudio observacional mostró que el inicio del anticoagulante oral dentro de los 30 días después del alta en un paciente que había sido hospitalizado con fibrilación auricular de novo la sepsis no se asoció con un menor riesgo de accidente cerebrovascular isquémico. A pesar del potencial de confusión residual como una limitación en este estudio no randomizado, el menor riesgo combinado de recurrencia de la fibrilación auricular y la falta de validez predictiva de la puntuación CHA2DS2-VASc después de la fibrilación auricular de novo durante la sepsis hacen que sea poco probable que el anticoagulante oral en este caso confiera un grado de beneficio similar al que se observa entre los pacientes que viven en la comunidad con fibrilación auricular.

Dada la falta de beneficio observado de la terapia anticoagulante oral después de la fibrilación auricular de novo durante la sepsis y el posible aumento del riesgo de sangrado, **no recomendamos la anticoagulación oral de rutina para la paciente de este caso**. En su lugar, recomendaríamos una evaluación más profunda del riesgo de tromboembolismo mediante la realización de una ecocardiografía antes del alta hospitalaria para descartar la enfermedad cardíaca estructural subyacente, lo que podría sugerir que la fibrilación auricular presumiblemente recién diagnosticada fuera preexistente; identificada enfermedad cardíaca estructural, la anticoagulación oral a largo plazo tendría mayor beneficio. En ausencia de enfermedad cardíaca estructural sustancial, recomendamos el monitoreo del ritmo a largo plazo (es decir, más allá de 30 días) con dispositivos no invasivos disponibles comercialmente o un registrador de bucle implantable para monitorear la recurrencia de la fibrilación auricular, con decisiones compartidas con respecto al inicio de la anticoagulación oral si se repite la fibrilación auricular.