

Fibrilación Auricular en el Adulto Mayor: Una Revisión Integral.

Atrial Fibrillation in the Elderly: A Comprehensive Review.

Fibrilação Atrial no Idoso: Uma Revisão Abrangente

Andrés González-Rivera¹ ; Leslie Melissa Jiménez-Buendía¹ ; Arturo García-Galicia² ; Diana Alejandra Anaya-Ávila¹ ; Jorge Loria-Castellanos³ ; Álvaro José Montiel-Jarquín² ; Zaira Aketzali Contreras-Sánchez² 

¹ Servicio de Geriátria, Hospital General de Zona No. 20, Órgano Operador de Administración Desconcentrada Puebla, Instituto Mexicano del Seguro Social Puebla, Pue. México.

² Jefatura de División de Investigación en Salud, Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Especialidades de Puebla, Centro Médico Nacional “Gral. de Div. Manuel Ávila Camacho”, Instituto Mexicano del Seguro Social Puebla, Pue. México.

³ Red Nacional de Educadores en Simulación Clínica. Ciudad de México, México.

RESUMEN

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia sostenida más frecuente en la población geriátrica, afectando aproximadamente al 5–15 % de los adultos mayores de 65 años. Esta revisión examina las consideraciones a tomar en cuenta desde el punto de vista geriátrico de los adultos mayores (≥ 60 años) con fragilidad, para realizar diagnóstico, estratificación de riesgo tromboembólico y hemorrágico, así como servir de auxiliar para la toma de decisiones sobre anticoagulación, control de frecuencia o ritmo, ablación con catéter e intervenciones no farmacológicas mediante la valoración geriátrica integral (VGI). El objetivo es facilitar la elección de plan terapéutico individualizado, ya que se ha observado una tendencia a la mejoría en los desenlaces clínicos cuando se toman en cuenta la fragilidad, la multimorbilidad y las preferencias de este grupo etario.

Palabras clave: Fibrilación auricular, adulto mayor, anticoagulación, ablación con catéter, valoración geriátrica integral, fragilidad, riesgo tromboembólico.

ABSTRACT

Atrial fibrillation (AF) is the most common sustained arrhythmia in the geriatric population, affecting approximately 5–15% of adults over 65 years of age. This review examines the geriatric considerations for frail older adults (≥ 60 years) to aid in diagnosis, thromboembolic and hemorrhagic risk stratification, and decision-making regarding anticoagulation, rate or rhythm control, catheter ablation, and non-pharmacological interventions through a Comprehensive Geriatric Assessment (CGA). This approach facilitates the selection of an individualized therapeutic plan, as a trend toward improved clinical outcomes has been observed when frailty, multimorbidity, and the preferences of this age group are considered.

Keywords: Atrial fibrillation, older adult, anticoagulation, catheter ablation, comprehensive geriatric assessment, frailty, thromboembolic risk.

Recibido: 2025–12–01 • **Aceptado:** 2026–04–14

Autor corresponsal: Dr. Arturo García Galicia

E-mail: neurogarcia Galicia@yahoo.com.mx

Cómo citar: González A, Jiménez LM, García A, Anaya DA, Loria J, Montiel AJ, Contreras ZA. Fibrilación Auricular en el Adulto Mayor frágil. 2026;6(1): <https://doi.org/10.54143/lajec.v6i1.319>

Fuente de financiamiento: no tiene

Conflicto de intereses: no tiene.

DOI: <https://doi.org/10.54143/lajec.v6i1.319>

2763-776X © 2022 Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE). This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original article is properly cited (CC BY).



RESUMO

A fibrilação atrial (FA) é a arritmia sustentada mais frequente na população geriátrica, afetando aproximadamente 5–15% dos adultos com mais de 65 anos. Esta revisão examina as considerações a serem levadas em conta do ponto de vista geriátrico dos adultos mais velhos (≥ 60 anos) com fragilidade, para realizar diagnóstico, estratificação de risco tromboembólico e hemorrágico, bem como servir de auxílio para a tomada de decisões sobre anticoagulação, controle de frequência ou ritmo, ablação por cateter e intervenções não farmacológicas mediante a Avaliação Geriátrica Integral (AGI). O objetivo é facilitar a escolha de um plano terapêutico individualizado, uma vez que tem sido observada uma tendência à melhora dos desfechos clínicos quando a fragilidade, a multimorbidade e as preferências deste grupo etário são consideradas.

Descritores: Fibrilação atrial, idoso, anticoagulação, ablação com cateter, avaliação geriátrica integral, fragilidade, risco tromboembólico

Introducción

La fibrilación auricular (FA) constituye un problema de salud pública de magnitud creciente en las sociedades envejecidas. Su prevalencia aumenta exponencialmente con la edad, pasando de 0.5 % en menores de 40 años a más de 15 % en mayores de 80 años.¹ Estudios epidemiológicos en México como el REMECAR, GPC IMSS SS-014-08 y CARMEN-AF reportan que la FA representa entre 10–30 % de todas las arritmias supraventriculares atendidas en servicios de cardiología.²

La FA en el adulto mayor presenta características clínicas distintivas: presentación silenciosa o atípica con frecuencia, incrementando significativamente el riesgo de evento cerebrovascular (EVC), deterioro cognitivo, y descompensación hemodinámica.³ Además, la alta prevalencia de comorbilidades (hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica) complica el manejo farmacológico y requiere un enfoque integral multidisciplinario.⁴ Se define como adulto mayor a toda persona de 60 años o más, según la definición planteada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).⁵

La valoración geriátrica integral (VGI) es un proceso multidimensional diseñado para determinar y evaluar recursos y déficits basándose en el modelo biopsicosocial, cuyo objetivo principal es optimizar la atención de adultos mayores con multimorbilidad y capacidad limitada de autoayuda, evaluando las esferas social, funcional, efectiva, cognitiva, nutricional y clínica.⁶ La prefragilidad es un síndrome geriátrico de vulnerabilidad aumentada a factores estresantes, debido a una reducción en la reserva fisiológica, que predispone a resultados adversos. Su diagnóstico operacional se incorporó a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) en 2022 (código MG2A). La prefragilidad es un estado intermedio entre la robustez y la fragilidad que predispone a los adultos mayores a un mayor riesgo de desarrollar fragilidad plena.⁷

Las guías de práctica clínica más recientes de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC 2024) y del Colegio Americano de Cardiología/Asociación Americana

del Corazón (ACC/AHA 2023) enfatizan la importancia de una VGI completa para diagnosticar fragilidad y guiar las decisiones terapéuticas en adultos mayores con FA.^{8,9}

El reconocimiento de que además de la edad y las comorbilidades, factores como la fragilidad cambian significativamente los desenlaces en adultos mayores con FA, hace imperativa su evaluación antes de la elección e intensidad del tratamiento (anticoagulación, control de ritmo, ablación).

Objetivos

Esta revisión narrativa tiene como objetivo principal analizar la evidencia actual para guiar el manejo integral de la FA en el adulto mayor frágil. Para ello, se plantean los siguientes objetivos específicos: desarrollar consideraciones geriátricas para la estratificación de los riesgos tromboembólico y hemorrágico en adultos mayores con FA y fragilidad; analizar la evidencia sobre las estrategias terapéuticas de anticoagulación, control de frecuencia o ritmo, y ablación con catéter en este contexto y proporcionar un marco práctico, centrado en la VGI y la toma de decisiones compartida, para la selección individualizada del tratamiento.

Métodos de Búsqueda y Selección

Diseño

Se realizó una revisión narrativa integrativa de la literatura para sintetizar la evidencia disponible sobre el manejo de la FA en adultos mayores frágiles (>60 años). El proceso siguió los principios de transparencia y trazabilidad recomendados para revisiones narrativas.¹⁰

Estrategia de Búsqueda

Se realizó una búsqueda sistemática en las siguientes bases de datos electrónicas entre septiembre de 2024 y diciembre de 2025:

- PubMed/MEDLINE (National Library of Medicine)
- Cochrane Library (revisiones sistemáticas y metaanálisis)
- EMBASE (literatura biomédica europea)
- LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud)
- SciELO (Scientific Electronic Library Online – literatura hispanoamericana)
- Google Scholar (literatura gris y documentos institucionales)
- Guías de práctica clínica: Se consultaron directamente los siguientes repositorios institucionales:
 - European Society of Cardiology (ESC) Guidelines 2024
 - American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA) Guidelines 2023
 - Canadian Cardiovascular Society (CCS) Guidelines 2022–2023
 - Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) – Guías de Práctica Clínica
 - National Institute for Health and Care Excellence (NICE) UK

Términos de búsqueda

Se utilizaron términos MeSH (Medical Subject Headings) y palabras clave en inglés y español, combinados con operadores booleanos.

Términos principales “Atrial Fibrillation” OR “Fibrilación Auricular” OR “AF”, “Elderly” OR “Older Adults” OR “Geriatric” OR “Adulto Mayor” OR “Anciano”, “Frailty” OR “Fragilidad” OR “Frail Elderly”, “Comprehensive Geriatric Assessment” OR “Valoración Geriátrica Integral” OR “VGI”.

Términos secundarios (combinados con AND) “Anticoagulation” OR “Anticoagulantes Orales Directos” OR “Direct Oral Anticoagulants” OR “DOACs” OR “ACOD”, “Thromboembolic Risk” OR “Riesgo Tromboembólico” OR “CHA₂DS₂-VASC” OR “CHA₂DS₂-VA”, “Bleeding Risk” OR “Riesgo Hemorrágico” OR “HAS-BLED”, “Rate Control” OR “Rhythm Control” OR “Control de Frecuencia” OR “Control de Ritmo”, “Catheter Ablation” OR “Ablación con Catéter”, “Prefrailty” OR “Prefragilidad”, “Multimorbidity” OR “Multimorbilidad”, “Clinical Frailty Scale” OR “Fried Phenotype”.

Criterios de Selección

Inclusión

1. Guías de práctica clínica (ESC, ACC/AHA, NICE, IMSS) publicadas entre 2019–2025.
2. Revisiones sistemáticas, metaanálisis y ensayos clínicos aleatorizados (ECA) que incluyeran subpoblaciones de adultos mayores o frágiles.
3. Estudios observacionales (cohortes, casos y controles) de alta calidad metodológica centrados en FA y fragilidad.
4. Artículos en español e inglés.

Exclusión

1. Estudios en poblaciones exclusivamente pediátricas o adultos jóvenes (<60 años).
2. Cartas al editor, opiniones de expertos sin soporte de evidencia primaria.
3. Artículos sin texto completo disponible.

Proceso de Selección

Dos revisores evaluaron de forma independiente los títulos y resúmenes de los registros identificados. Los artículos potencialmente relevantes se obtuvieron a texto completo y se evaluaron para su inclusión final. Las discrepancias se resolvieron por consenso o con la participación de un tercer revisor.

Síntesis de la Evidencia

La evidencia se organizó temáticamente (epidemiología, estratificación de riesgo, tratamiento). Se priorizó y jerarquizó la información según el nivel de evidencia, dando mayor peso a guías actuales, metaanálisis y ECA. Las recomendaciones se clasificaron utilizando el sistema de Niveles de Evidencia (NE) y Clases de Recomendación (CR) de la ACC/AHA y la ESC.^{8,9}

Epidemiología

La prevalencia de FA en la población general es como se muestra en la Figura 1. Estudios como el de Rotterdam mostraron tasas que aumentan desde 2.4 por 1,000 personas-año en hombres de 50–54 años hasta 189.2 por 1,000 personas-año en el grupo de 90–94.¹²

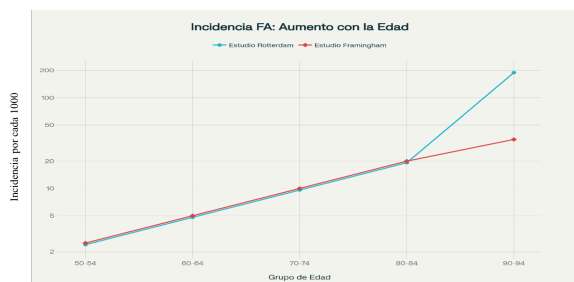


Figura 1: Relación del aumento de edad con incidencia de FA

Fuente: Framingham Heart Study, Rochester Study (Olmsted County, Minnesota), y Rotterdam Study. Datos adaptados de referencias (10-11)

Factores de Riesgo

Los principales factores de riesgo para desarrollar fibrilación auricular en el adulto mayor se incluyen en la Tabla 1.

Estudios latinoamericanos reportan una alta prevalencia de fragilidad (28.5 %) y prefragilidad (46.5 %) en adultos mayores con FA que acuden a consulta externa, lo que aumenta la prevalencia de otros síndromes geriátricos asociados.¹⁵ En pacientes con fragilidad, el promedio de comorbilidades es mayor (4.4 versus 3.3 en robustos), siendo las más frecuentes hipertensión, diabetes y osteoartritis.¹⁶

Fisiopatología y Relación con la Fragilidad

Los mecanismos en el adulto mayor incluyen reentrada atrial secundaria a fibrosis y dilatación auricular progresiva, incremento del automatismo ectópico (principalmente de venas pulmonares) y cambios en la función autonómica.^{17,18} La relación con la fragilidad es multifactorial: la disminución de la reserva fisiológica limita la compensación hemodinámica, pudiendo precipitar insuficiencia cardíaca. Además, la fragilidad se caracteriza por un estado inflamatorio crónico (elevación de IL-6, TNF a, PCR) que facilita tanto la arritmogénesis como la trombogénesis.^{14,19} Como se muestra en la figura 2.

Presentación Clínica

En el adulto mayor, la presentación de FA es heterogénea. Puede manifestarse con síntomas típicos como palpitaciones (30–40 %), disnea (20–30 %) o presíncope.³ Sin embargo es frecuente la presentación atípica o silente (25–50 % de los casos), con síntomas como confusión aguda, deterioro cognitivo de reciente inicio, insuficiencia cardíaca descompensada o síncope sin palpitaciones previas.^{1,9} Muchos diagnósticos se realizan de manera incidental o durante la evaluación de un EVC. En la ta-

Tabla 1: Principales factores de riesgo para desarrollar fibrilación auricular en el adulto mayor.

Categoría	Factor de riesgo	Observación clínica
Cardiovasculares		
	Hipertensión arterial	Responsable 40–50 % de los casos ³
	Insuficiencia cardíaca	Sistólica o diastólica
	Cardiopatía isquémica	Infarto agudo de miocardio previo
	Valvulopatías reumáticas	Especialmente mitral
	Miocardiopatías dilatadas	Cualquier etiología
Metabólicos		
	Diabetes mellitus	Mecanismo inflamatorio y de estrés oxidativo
	Obesidad (IMC > 30)	Factor de riesgo independiente
	Síndrome metabólico	Agrupamiento de factores
Pulmonares		
	EPOC	Hipoxia crónica y remodelación auricular
	Apnea obstructiva del sueño	Fragmentación del sueño
Renales		
	Enfermedad renal crónica (TFG < 60 mL/min)	Factor de riesgo independiente ¹³
Endocrinos		
	Hipertiroidismo	Mecanismo adrenérgico
Otros		
	Consumo de alcohol (> 2 bebidas/día)	Efecto tóxico directo sobre el miocardio
	Edad avanzada (> 75 años)	Principal factor de riesgo no modificable
	Sexo masculino	Riesgo 1,5 veces mayor que en mujeres
Geriátricos		
	Fragilidad	Síndrome multidimensional que duplica el riesgo ¹⁴
	Desnutrición	Albúmina < 3,5 g/dL
	Antecedente de caídas	≥ 2 caídas en 12 meses
	Dependencia funcional	Dificultad en actividades básicas de la vida diaria
	Deterioro cognitivo	Asociación bidireccional con fibrilación auricular ⁴

IMC: índice de masa corporal; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; TFG: tasa de filtración glomerular.

bla 2 se observan factores que se relacionan con mayor frecuencia a cada tipo de presentación clínica.

Exámenes Complementarios

El electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones es la prueba diagnóstica de referencia, mostrando ausencia de ondas P, intervalos RR irregulares y ondulaciones basales (ondas f). En FA paroxística, un ECG normal no lo descarta, justificando el uso de monitores Holter de 24–72 horas o dispositivos de monitorización pronga-

Tabla 2: Factores asociados con mayor frecuencia al tipo de presentación clínica de fibrilación auricular en el adulto mayor.

Característica	Presentación típica	Presentación atípica / silenciosa	Implicación clínica
Síntomas	Palpitaciones, disnea, síncope	Confusión, deterioro cognitivo agudo, insuficiencia cardiaca descompensada	Retraso en el diagnóstico y aumento de complicaciones.
Edad	Cualquier edad, mayor frecuencia en adultos jóvenes	Mayor frecuencia en adultos mayores de 75 años	Incremento de eventos cardioembólicos.
Comorbilidades	<3 enfermedades	≥ 3 enfermedades	Mayor riesgo de síntomas enmascarados.
IMC	Cualquier IMC, mayor frecuencia en IMC normal	Mayor frecuencia en IMC > 30	Mayor riesgo de complicaciones.
Sexo	Variable	Mayor frecuencia en mujeres	Mayor probabilidad de subdiagnóstico en mujeres mayores.
Fragilidad	Poca frecuencia	Mayor frecuencia	Mayor riesgo de complicaciones.

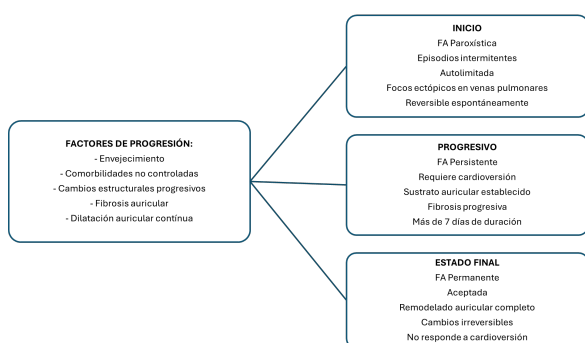


Figura 2: Progresión de la FA en el adulto mayor y los factores asociados.

da.¹

La ecocardiografía transtorácica es fundamental para evaluar la estructura y función cardiaca (volúmenes auriculares, fracción de eyección del ventrículo izquierdo, valvulopatías). La ecocardiografía transesofágica está indicada para descartar trombo en la orejuela auricular izquierda previo a cardioversión, especialmente si la anticoagulación efectiva ha sido menor a 3 semanas.³

Otras pruebas recomendadas al diagnóstico inicial incluyen pruebas de función tiroidea (para descartar hipertiroidismo subclínico) y evaluación de la función renal (panel metabólico con cálculo de la tasa de filtración glomerular – TFG –) para guiar la selección y dosificación de fármacos.^{4,9}

Estratificación de Riesgo Tromboembólico y Hemorrágico

Riesgo Tromboembólico: La herramienta clave es la escala CHA₂DS₂-VASc. Sin embargo, las guías ESC 2024 han promovido el uso de la escala CHA₂DS₂-VA, que elimina el sexo femenino como factor de riesgo independiente, basándose en evidencia de que el riesgo incrementado en mujeres está mediado por edad y

comorbilidades ya capturadas.^{8,9}

CHA₂DS₂-VASc: C (Insuficiencia Cardiaca, 1 punto), H (Hipertensión, 1), A₂ (Edad >75 años, 2), D (Diabetes, 1), S₂ (EVC/AIT/tromboembolismo previo, 2), V (Enfermedad vascular, 1), A (Edad 65–74 años, 1), Sc (Sexo femenino, 1). Umbrales tradicionales: >2 en hombres y >3 en mujeres para anticoagulación Clase I.

CHA₂DS₂-VA: Elimina el componente “Sc”. Umbral simplificado >2 puntos para indicación Clase I de anticoagulación en ambos sexos; 1 punto para considerarla (Clase IIa).⁸ Se muestra la puntuación de cada componente en la Tabla 3.

En adultos mayores frágiles, la mayoría tendrá una puntuación >2 debido a la edad y comorbilidades. Es crucial que la decisión de anticoagulación no se base únicamente en esta puntuación, sino que se integre a una VGI.^{8,9,20}

Tabla 3: CHA₂DS₂-VA

Componente	Puntuación
C – Insuficiencia cardiaca o disfunción ventricular izquierda	1
H – Hipertensión arterial	1
A – Edad ≥ 75 años	2
D – Diabetes mellitus	1
S – EVC/AIT/tromboembolismo previo	2
V – Enfermedad vascular (IAM, EAP, aorta)	1
A – Edad 65–74 años	1

EVC: evento vascular cerebral; AIT: accidente isquémico transitorio; IAM: infarto agudo de miocardio; EAP: enfermedad arterial periférica.

Riesgo Hemorrágico: La escala HAS-BLED descrita en la Tabla 4 es útil para identificar factores de riesgo modificables y establecer una vigilancia estrecha.²¹ Una puntuación >3 indica alto riesgo, pero no contraindica

Tabla 4: HAS-BLED

Componente	Puntuación
H - Hipertensión	1
A - Enfermedad renal y/o hepática	1-2
S - Stroke/EVC previo	1
B - Sangrado previo	1
L - INR lábil	1
E - Edad > 60 años	1
D - Drogas (ASA, AINE) o alcohol	1 por cada uno

ASA: ácido acetilsalicílico; AINE: antiinflamatorio no esteroideo; EVC: evento vascular cerebral; INR: razón internacional normalizada.

la anticoagulación en pacientes con FA de alto riesgo tromboembólico. Su uso debe complementarse con la VGI, especialmente para evaluar el riesgo de caídas, la cognición y la polifarmacia.^{9,20,21}

Abordaje Terapéutico

1. Decisión de anticoagulación

La anticoagulación oral es la piedra angular para la prevención del EVC en la FA. La indicación está fuertemente respaldada (Clase I) en pacientes con CHA₂DS₂-VA (o CHA₂DS₂-VASc) ≥ 2.^{8,9}

- **Fragilidad y Caídas:** La presencia de fragilidad o antecedente de caídas no es una contraindicación absoluta. La evidencia indica que se necesitarían más de 295 caídas por año para que el riesgo de hemorragia por trauma supere el beneficio de la prevención del EVC.^{20,22} La decisión debe individualizarse evaluando el tipo de caídas, el riesgo específico de hemorragia intracraneal y la capacidad de adherencia al tratamiento.
- **Elección del Anticoagulante:** Los anticoagulantes orales de acción directa (ACOD: dabigatrán, rivaroxabán, apixabán, endoxabán) son de primera línea en la mayoría de los adultos mayores, incluidos los frágiles, debido a su perfil de seguridad más favorable, menor interacción farmacológica y ausencia de necesidad de monitorización rutinaria del INR, en comparación con los antagonistas de la vitamina K (AVK con warfarina).^{9,23} El apixabán suele ser preferido en pacientes frágiles por su perfil de riesgo hemorrágico (especialmente gastrointestinal) particularmente bajo.^{23,24} Las dosis estándar con ajuste de acuerdo a fragilidad, función renal se muestran en la Tabla 5.

Los AVK se reservan para casos con contraindicaciones a los ACOD (p. ej., estenosis mitral reumática,

válvula mecánica, ERC terminal con TFG <15 mL/min).⁹ Si se utilizan, debe mantenerse un INR entre 2.0 y 3.0, con monitoreo frecuente dada la mayor labilidad en ancianos.

2. Control de Síntomas: Frecuencia vs. Ritmo

Control de frecuencia: Estrategia preferente en la mayoría de los adultos mayores, especialmente en FA permanente o con fragilidad. El objetivo es una frecuencia ventricular en reposo <110 latidos por minuto (“control permisivo”), que se asocia a buena tolerancia sin aumentar el riesgo de bradicardia.²⁵ Fármacos de primera línea: betabloqueadores (metoprolol, bisoprolol) y bloqueadores de canales de calcio no dihidropiridínicos (diltiazem, verapamilo). La digoxina es útil en pacientes sedentarios o con insuficiencia cardiaca, requiriendo monitoreo por su estrecho margen terapéutico.^{3,9}

Control de Ritmo: La restauración y mantenimiento del ritmo sinusal puede considerarse para mejorar síntomas incapacitantes a pesar de un control óptimo de la frecuencia, especialmente en FA paroxística. Sin embargo, no ha demostrado reducir la mortalidad o los EVC comparado con el control de frecuencia en adultos mayores.²⁶ Los antiarrítmicos (propafenona, flecainida, amiodarona, sotalol) tienen perfiles de efectos adversos significativos como proarritmia, toxicidad extracardiaca y su uso en pacientes frágiles debe ser muy cauteloso, generalmente después de una evaluación geriátrica exhaustiva.

3. Ablación con catéter

Es una opción segura y efectiva en adultos mayores seleccionados con FA sintomática refractaria a fármacos o intolerancia a los mismos.^{27,28} Las tasas de éxito son similares a las de poblaciones más jóvenes (60–80 % en FA paroxística), con una tasa de complicaciones mayores del 2–4 % (taponamiento cardíaco, estenosis de venas pulmonares, accidente cerebrovascular).^{27,29} En pacientes frágiles, la candidatura requiere una evaluación multidisciplinaria rigurosa (cardiologo electrofisiólogo, geriatra, anestesiólogo) que pase el beneficio sintomático esperado frente al riesgo perioperatorio aumentado, el tiempo de recuperación y la capacidad de adherencia al postoperatorio.^{28,30} El abordaje terapéutico se encuentra resumida en la Figura 3.

4. Intervenciones no farmacológicas

El cierre percutáneo de la orejuela izquierda es una alternativa para pacientes con alto riesgo tromboembólico y contraindicación formal o intolerancia a la anticoa-

Tabla 5: Características clave de los anticoagulantes orales de acción directa (ACOD) en adultos mayores

Fármaco	Dosis estándar	Ajuste en fragilidad / función renal	Consideraciones especiales
Apixabán	5 mg c/12 h	2,5 mg c/12 h si presenta ≥ 2 de los siguientes criterios: edad ≥ 80 años, peso ≤ 60 kg o creatinina $\geq 1,5$ mg/dL.	Perfil de sangrado favorable. No requiere administración con alimentos.
Rivaroxabán	20 mg c/24 h	15 mg c/24 h si TFG 30–49 mL/min. Contraindicado si TFG < 30 mL/min.	Debe administrarse con alimentos para aumentar la absorción. La dosis única diaria puede favorecer la adherencia.
Dabigatrán	150 mg c/12 h	110 mg c/12 h si edad ≥ 80 años, uso concomitante de verapamilo o riesgo hemorrágico aumentado.	Mayor riesgo de dispepsia y sangrado gastrointestinal. Contiene ácido tartárico; evitar en insuficiencia renal severa.
Endoxabán	60 mg c/24 h	30 mg c/24 h si TFG 15–50 mL/min, peso ≤ 60 kg o uso concomitante de inhibidores de la glicoproteína P.	Amplio rango de uso en enfermedad renal crónica. Evitar su uso concomitante con ciclosporina, eritromicina o ketoconazol.

ACOD: anticoagulante oral de acción directa; TFG: tasa de filtración glomerular.



Figura 3: Algoritmo para abordaje del paciente con sospecha de FA

gulación a largo plazo.³¹ No es una terapia de primera línea y requiere una evaluación individualizada.

5. Controversias y vacíos de evidencia en el manejo de FA en Adultos Mayores Frágiles

Anticoagulación y Riesgo de Caídas. Aunque la evidencia favorece claramente la anticoagulación, persiste la resistencia clínica. Se necesita más investigación sobre herramientas para estratificar el riesgo real de hemorragia por trauma en esta población.

Ablación en la Fragilidad Avanzada. Falta evidencia de ECA que evalúen específicamente el balance beneficio-riesgo y los desenlaces funcionales de la ablación en pacientes con fragilidad severa.

Control Temprano del Ritmo. El estudio EAST AFNET 4 mostró beneficio del control de ritmo (fármacos o ablación) en pacientes con FA de diagnóstico reciente.³² Sin embargo, la población frágil estuvo subrepresentada. Se desconoce si esta estrategia agresiva es aplicable o preferible a un enfoque más conservador como el control de frecuencia en este grupo.

Comorbilidades Frecuentes

En pacientes con Insuficiencia Cardíaca (IC) y FEVI reducida, el control de frecuencia es primordial, siendo la amiodarona el antiarrítmico de elección si se requiere control del ritmo, y la ablación una opción para mejorar la FEVI en candidatos seleccionados.⁹ En el contexto de la Enfermedad Renal Crónica (ERC), es imperativo ajustar la dosis de ACOD según la TFG y monitorizar la función renal periódicamente (al menos cada 6–12 meses), evitando AINES y otros fármacos nefrotóxicos.²³ Para aquellos con Deterioro Cognitivo o Demencia, la anticoagulación sigue siendo indicada si $CHA_2DS_2-VA \geq 2$, dado que el beneficio en prevención de eventos cardiovasculares supera el riesgo de sangrado.²⁰ Debiéndose preferir regímenes simplificados (como ACOD de dosis única diaria) e involucrar a los cuidadores en la administración y vigilancia. Sin embargo hay que considerar las múltiples interacciones farmacológicas que se pueden presentar por la administración conjunta de diversos medicamentos. Algunas de las interacciones más frecuentes en éste grupo etario que cursan con ésta enfermedad se muestran en la Tabla 6.

Tabla 6: Interacciones fármaco-fármaco frecuentes en el adulto mayor con fibrilación auricular

Rank	Interacción fármaco-fármaco	Mecanismo	Consecuencia clínica	Nivel de recomendación / alternativa
1	ACOD + Rifampicina	Inducción fuerte CYP3A4	Pérdida completa de anticoagulación; riesgo tromboembólico	EVITAR (Clase III). Sustituir por warfarina + monitorización frecuente.
2	ACOD + Azoles fuertes (ketoconazol, itraconazol)	Inhibición fuerte CYP3A4 + P-gp	Incremento 2-3 veces de niveles de ACOD; hemorragia grave (GI e intracraneal)	EVITAR (Clase III). Considerar fluconazol u otro antifúngico.
3	Dabigatrán + ciclosporina/tacrolimus	Competencia de transportador P-gp + inhibición P-gp	Acumulación de dabigatrán (↑150 %); hemorragia severa	EVITAR (Clase III). Considerar apixabán o rivaroxabán según dependencia de P-gp.
4	ACOD + AINE + edad >75 años	Triple daño: anticoagulación + antiagregación + lesión GI	Hemorragia gastrointestinal severa (25-40 % de hemorragias mayores)	EVITAR (Clase III). Preferir paracetamol (máx. 3000 mg/día).
5	ACOD + Claritromicina	Inhibición moderada CYP3A4 + P-gp	Incremento de niveles de ACOD (20-30 %) y aumento del riesgo de caídas	EVITAR (Clase III). Preferir azitromicina o amoxicilina-clavulánico.
6	Betabloqueador + diltiazem/verapamilo	Efecto aditivo sobre conducción AV y contractilidad	Bradicardia severa, bloqueo AV, descompensación de insuficiencia cardíaca	EVITAR (Clase III). Utilizar solo betabloqueador o solo bloqueador cálcico (no combinar).
7	Warfarina + AINEs	Inhibición de síntesis de protrombina + lesión de mucosa GI	Hemorragia gastrointestinal severa (OR 1,81)	EVITAR (Clase III). Utilizar paracetamol o tramadol si el AINE es imprescindible.
8	Digoxina + amiodarona	Inhibición CYP3A4; aumento de niveles de digoxina	Toxicidad digitálica severa, arritmias, síncope y muerte	EVITAR (Clase III). Reducir digoxina 30-50 % o monitorizar niveles séricos.
9	Amiodarona + otro antiarrítmico (flecainida, propafenona)	Sinergia en bloqueo de canales iónicos y prolongación QT	Aumento de arritmias y riesgo de torsades de pointes	EVITAR (Clase III). Utilizar un solo antiarrítmico o considerar ablación.
10	Propafenona/flecainida en cardiopatía estructural	Bloqueo inotrópico negativo en miocardio dañado	Taquicardia ventricular, muerte súbita, proarritmia	CONTRAINDICACIÓN ABSOLUTA (Clase III). Considerar amiodarona IV o ablación con catéter.
11	Edoxabán + verapamilo	Inhibición del transportador P-gp	Aumento de concentración de edoxabán y riesgo hemorrágico	EVITAR (Clase IIb). Cambiar verapamilo o considerar apixabán.

ACOD: anticoagulante oral de acción directa; AINE: antiinflamatorio no esteroideo; GI: gastrointestinal; AV: auriculoventricular; P-gp: glicoproteína P.

Toma de Decisiones Compartida y Calidad de Vida

El manejo del adulto mayor frágil con FA debe ser centrado en el paciente. La toma de decisiones compartida es un proceso esencial que explora: los objetivos y prioridades del paciente, como ejemplo la independencia, el alivio sintomático, longevidad, el contexto de vida (red de apoyo y recursos) y su percepción de los riesgos y beneficios.^{9,33} Escalas como el cuestionario de calidad de vida específico para FA (AFEQT) o la escala de síntomas EHRA pueden cuantificar el impacto y guiar las decisiones terapéuticas.³³

Limitaciones del Estudio

Esta revisión narrativa presenta limitaciones inherentes a su diseño, como el potencial sesgo de selección

en la inclusión de estudios. La mayoría de la evidencia epidemiológica y de ensayos clínicos proviene de países de altos ingresos, con representación limitada de poblaciones latinoamericanas. Existe heterogeneidad en los instrumentos utilizados para diagnosticar. Fragilidad entre los estudios, lo que dificulta la comparación. Finalmente, muchas recomendaciones para pacientes frágiles se exploran de guías generales o subanálisis, señalando la necesidad crítica de más investigación prospectiva y ECA dedicados en esta población vulnerable. A continuación en la tabla 7 se muestra una síntesis clínica sobre el contenido del artículo.

Tabla 7: Síntesis clínica

Situación clínica	Evaluación	Recomendación clave	Nivel
1. Confirmación diagnóstica			
Diagnóstico	ECG con hallazgos típicos	FA confirmada	I
	Si el ECG es normal, realizar Holter 24–72 h	En caso de captura se confirma FA	I
2. Evaluación inicial			
Pruebas estructurales	Ecocardiografía transtorácica	Evalúa movilidad miocárdica, FEVI, valvulopatías, entre otras.	I
	TSH (hipertiroidismo)	Para descartar hipertiroidismo.	I
	Panel metabólico, función renal	Determinar la TFG es determinante.	I
3. Riesgo tromboembólico (CHA₂DS₂-VA)			
Bajo riesgo	CHA ₂ DS ₂ -VA = 0	Considerar sin anticoagulación.	IIb
Intermedio	CHA ₂ DS ₂ -VA = 1	Considerar anticoagulación.	IIa
Alto riesgo	CHA ₂ DS ₂ -VA ≥ 2	Anticoagulación obligatoria.	I
4. Riesgo hemorrágico (HAS-BLED)			
Bajo-moderado	HAS-BLED <3	Vigilancia estrecha.	IIa
Alto riesgo	HAS-BLED ≥ 3	Vigilancia muy estrecha; no contraindica anticoagulación.	IIa
	Caídas ≥ 2/año	No es contraindicación (NNH >295/año).	IIa
5. Decisión de anticoagulación			
Fragilidad presente	CHA ₂ DS ₂ -VA ≥ 2 + fragilidad	Anticoagular es obligatorio.	I
	Síntomas persistentes	Considerar control de ritmo.	IIa
	Contraindicaciones a ACOD	Considerar AVK (warfarina), INR 2–3.	IIa
6. Selección de ACOD según función renal			
TFG ≥ 50 mL/min	Sin fragilidad	Apixabán, rivaroxabán, dabigatrán o edoxabán.	I
	Con fragilidad	Apixabán (perfil más seguro, menor riesgo GI).	IIa
TFG 30–49 mL/min	Función renal moderada	Apixabán 2,5 mg c/12 h (dosis reducida).	IIa
TFG <30 mL/min	Función renal avanzada	Apixabán 2,5 mg c/12 h o considerar AVK.	IIb
7. Control sintomático (post-anticoagulación)			
Sin síntomas	Síntomas leves o nulos	Control de frecuencia <110 lpm.	IIa
Con síntomas	Síntomas moderados-severos	Evaluar tolerancia a frecuencia óptima.	IIa
Refractarios	Síntomas intratables	Control de ritmo (si no mejora con control de frecuencia).	IIb
Candidatura	Ablación en pacientes frágiles	Evaluación multidisciplinaria requerida.	IIa
8. Manejo de comorbilidades			
IC sistólica	FEVI reducida	Preferir control de frecuencia.	IIa
Demencia	Deterioro cognitivo presente	Anticoagulación obligatoria si CHA ₂ DS ₂ -VA ≥ 2; simplificar régimen terapéutico.	I
ERC	TFG <60 mL/min	Ajustar ACOD y monitorizar al menos cada 6 meses.	I

FA: fibrilación auricular; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; TFG: tasa de filtración glomerular; ACOD: anticoagulante oral de acción directa; AVK: antagonista de la vitamina K; ERC: enfermedad renal crónica; IC: insuficiencia cardíaca.

Conclusiones

La fibrilación auricular en el adulto mayor frágil representa un desafío clínico complejo que demanda un enfoque integral, personalizado y centrado en el paciente. La valoración geriátrica integral es la herramienta fundamental para diagnosticar fragilidad, cuantificar la reserva fisiológica y guiar todas las decisiones terapéuticas. La anticoagulación para la prevención del evento cerebrovascular sigue siendo una piedra angular del tratamiento y los ACOD (especialmente el apixabán) son los agentes de primera elección por su perfil de seguridad. La fragilidad no es una contraindicación para terapias efectivas, sino un factor que modula su

selección e intensidad.

El control de la frecuencia cardíaca es la estrategia sintomática principal en la mayoría de los casos, mientras que el control del ritmo o la ablación con catéter deben reservarse para pacientes seleccionados después de una evaluación multidisciplinaria rigurosa.

Finalmente, la participación activa del paciente y/o su familiar en la toma de decisiones, considerando sus preferencias y contexto vital, es esencial para optimizar la adherencia, la satisfacción y los resultados clínicos finales. Avanzar en la investigación centrada en esta población permitirá refinar las estrategias y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores frágiles con FA.

Referencias

1. January CT, Wann LS, Alpert JS, et al. 2019 AHA/ACC/HRS focused update of the 2014 AHA/ACC/HRS guideline for the management of patients with atrial fibrillation. *J Am Coll Cardiol*. 2019;74(1):104–132. doi:10.1161/CIR.0000000000000665.
2. Merino JL, García-Fernández FJ, González-Enríquez S, et al. *Diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular. Guía de práctica clínica*. Ciudad de México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2018. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/014GER.pdf>
3. Hindricks G, Potpara T, Dagres N, et al. 2020 ESC guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation. *Eur Heart J*. 2020;41(32):3055–3143. doi:10.1093/eurheartj/ehaa612.
4. Ziff OJ, Lane DA, Samra M, et al. The elderly patient with atrial fibrillation. *Circ Arrhythm Electrophysiol*. 2025;18(3):e014389. doi:10.3390/jcm14051753.
5. World Health Organization. *Envejecimiento y salud* [Internet]. Ginebra: OMS; 2022 [citado 24 ene 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/details/ageing-and-health>
6. Kumlehn B, Brefka S, Kocar T, Verri FM, Wirth R, Denking M. Clinical Practice Guideline: Comprehensive Geriatric Assessment in the Hospital. *Dtsch Arztebl Int*. 2025;122(6):156–162. doi:10.3238/arztebl.m2024.0262.
7. Rasiah J, Cummings GG, Gruneir A, et al. Prefrailty in older adults: a concept analysis. *Int J Nurs Stud*. 2020;109:103648. doi:10.1016/j.ijnurstu.2020.103618.
8. Joglar JA, Chung MK, Armbruster AL, et al. 2023 ACC/AHA/ACCP/HRS guideline for the diagnosis and management of atrial fibrillation. *J Am Coll Cardiol*. 2024;83(1):e1–e100. doi:10.1161/CIR.0000000000001193.
9. Hindricks G, Sepúlveda Martínez Á, Sinner MF, et al. 2024 ESC guidelines for the management of cardiovascular disease in patients with diabetes. *Eur Heart J*. 2024;45(36):3314–3416. doi:10.1093/eurheartj/ehae176.
10. Baethge C, Goldbeck-Wood S, Mertens S. SANRA—a scale for the quality assessment of narrative review articles. *Res Integr Peer Rev*. 2019;4:5. doi:10.1186/s41073-019-0064-8.
11. Schnabel RB, Yin X, Gona P, et al. 50 year trends in atrial fibrillation prevalence, incidence, risk factors, and mortality in the Framingham Heart Study: a cohort study. *Lancet*. 2015;386(9989):154–162. doi:10.1016/S0140-6736(14)61774-8.
12. Kornej J, Börschel CS, Benjamin EJ, Schnabel RB. Epidemiology of atrial fibrillation in the 21st century: novel insights into age, sex, and race. *Circ Res*. 2020;127(1):4–20. doi:10.1161/CIRCRESAHA.120.316340.
13. Alonso A, Lopez FL, Matsushita K, et al. Chronic kidney disease is associated with the incidence of atrial fibrillation: the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study. *Circulation*. 2011;123(25):2946–2953. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.111.020982.
14. Yao J, Olorundare I, Barrera MA, et al. Impact of frailty on outcomes of elderly patients with atrial fibrillation: a systematic review and meta-analysis. *Pak J Med Sci*. 2025;41(3):891–901. doi:10.12669/pjms.41.3.11357.
15. Colchado Vallejos JG, Quiros López GD, Tello Rodríguez T, Anchante Hernández H. Frailty prevalence in older adults with atrial fibrillation: a cross-sectional study in a resource-limited setting. *PLoS One*. 2024;19(10):e0312498. doi:10.1371/journal.pone.0312498.
16. Deng Y, Li L, Xu H, et al. Frailty in older adults: a systematic review of risk factors for frailty and interventions. *Int J Environ Res Public Health*. 2025;22(5):445. doi:10.5582/irdr.2025.01026.
17. Nattel S. New ideas about atrial fibrillation 50 years on. *Nature*. 2002;415(6868):219–226. doi:10.1038/415219a.
18. Haïssaguerre M, Jaïs P, Shah DC, et al. Spontaneous initiation of atrial fibrillation by ectopic beats originating in the pulmonary veins. *N Engl J Med*. 1998;339(10):659–666. doi:10.1056/NEJM19980903339100.
19. Rockwood K, Howlett SE. Age-related deficit accumulation and the diseases of ageing. *Mech Ageing Dev*. 2019;180:107–116. doi:10.1016/j.mad.2019.04.005.
20. Wilkinson C, Todd O, Clegg A, et al. Management of atrial fibrillation for older people with frailty: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing*. 2019;48(2):196–203. doi:10.1093/ageing/afy180.

21. Pisters R, Lane DA, Nieuwlaat R, et al. A novel user-friendly score (HAS-BLED) to assess 1-year risk of major bleeding in patients with atrial fibrillation: the Euro Heart Survey. *Chest*. 2010;138(5):1093–1100. doi:10.1378/chest.10-0134.
22. Man-Son-Hing M, Nichol G, Lau A, Laupacis A. Choosing antithrombotic therapy for elderly patients with atrial fibrillation who are at risk for falls. *Arch Intern Med*. 1999;159(7):677–685. doi:10.1001/archinte.159.7.677.
23. Steffel J, Collins R, Antz M, et al. 2021 European Heart Rhythm Association practical guide on the use of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation. *Europace*. 2021;23(10):1612–1676. doi:10.1093/europace/eaab065.
24. Spruit JR, de Vries TAC, Hemels MEW, Pisters R, de Groot JR, Jansen RWMM. Direct Oral Anticoagulants in Older and Frail Patients with Atrial Fibrillation: A Decade of Experience. *Drugs Aging*. 2024;41(9):725–740. doi:10.1007/s40266-024-01138-5.
25. Van Gelder IC, Groenveld HF, Crijns HJ, et al. Lenient versus strict rate control in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2010;362(15):1363–1373. doi:10.1056/NEJMoa1001337.
26. Roy D, Talajic M, Nattel S, et al. Rhythm control versus rate control for atrial fibrillation and heart failure. *N Engl J Med*. 2008;358(25):2667–2677. doi:10.1056/NEJMoa0708789.
27. Ganesan AN, Shipp NJ, Brooks AG, et al. Long-term outcomes of catheter ablation of atrial fibrillation: a systematic review and meta-analysis. *J Am Heart Assoc*. 2013;2(2):e004549. doi:10.1161/JAHA.112.004549.
28. Calkins H, Hindricks G, Cappato R, et al. 2017 HRS/EHRA/ECAS/APHRS/SOLAECE expert consensus statement on catheter and surgical ablation of atrial fibrillation. *Heart Rhythm*. 2017;14(10):e275–e444. doi:10.1007/s10840-017-0277-z.
29. Andrade JG, Verma A, Mitchell LB, et al. 2018 focused update of the Canadian Cardiovascular Society guidelines for the management of atrial fibrillation. *Can J Cardiol*. 2018;34(11):1371–1392. doi:10.1016/j.cjca.2018.08.026.
30. Wilkinson C, Yao X, Cogdill AP, et al. Anticoagulation in atrial fibrillation patients with frailty. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2024;17(6):e011180. doi:10.1093/ageing/afaa265.
31. Osmancik P, Herman D, Neuzil P, et al. Left atrial appendage closure versus direct oral anticoagulants in high-risk patients with atrial fibrillation. *J Am Coll Cardiol*. 2020;75(25):3122–3135. doi:10.1016/j.jacc.2020.04.067.
32. Kirchhof P, Camm AJ, Goette A, et al. Early rhythm-control therapy in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2020;383(15):1411–1421. doi:10.1056/NEJMoa2019422.
33. Spertus JV, Dorian P, Bubien R, et al. Development and validation of the Atrial Fibrillation Effect on Quality-of-Life (AFEQT) Questionnaire in patients with atrial fibrillation. *Circ Arrhythm Electrophysiol*. 2011;4(1):15–25. doi:10.1161/CIRCEP.110.958033.