

NÚMERO 2 DE 52 Semana 2

# FA en el mayor frágil: anticoagular, controlar o ablacionar

Cómo decidirlo en 5 minutos de consulta

**Dr. Henry De Las Salas**

Especialista **Cardiología Geriátrica · UNAM**

@dr.delassalas

Dir. GT Cardiogeriatría **SIAC**

Prof. Aux. **UDD**

Geriatra **Clínica Alemana Chile**

Autor en **Libro Cardiogeriatría SIAC**



FA, fragilidad y caídas — el triángulo más difícil en cardiología geriátrica

## • CASO DE LA SEMANA

Hombre de 83 años. FA persistente diagnosticada hace 8 meses. Fragilidad moderada (CFS 5), HTA, ERC estadio 3b, deterioro cognitivo leve y dos caídas en el último año. Toma warfarina con INR lábil. La familia pregunta: “¿no debería recibir algo mejor?”

*¿Cambiamos a DOAC, iniciamos control de ritmo o lo dejamos como está?*

→ La respuesta está en las claves 2, 3 y 4.

## • CLAVES CLÍNICAS

- 1 La FA es una enfermedad del envejecimiento: el 80% de pacientes tienen  $\geq 65$  años — pero los ensayos clínicos los sub-representan. Las guías no siempre aplican igual al mayor frágil
- 2 Estratifica antes de decidir — tres perfiles: funcional sin comorbilidades → sigue guías / multimórbido-frágil → individualiza / final de vida → descala y prioriza confort
- 3 En el frágil: apixabán sobre warfarina y sobre otros DOACs — reduce el compuesto de muerte, ACV y sangrado en todos los subgrupos de fragilidad (Kim et al., Ann Intern Med 2021)
- 4 Betabloqueante en FA: elige con criterio geriátrico — bisoprolol y metoprolol succinato de elección. Evita carvedilol si hay hipotensión ortostática o caídas. En frágil con ICfEp y FA, frecuencia objetivo 80–110 lpm es aceptable si está asintomático (ESC 2024)
- 5 Control de ritmo precoz en FA + IC: ablación con catéter en FA + ICfEr reduce mortalidad 47% y reingresos por IC 44% — incluso en mayores con multimorbilidad (CASTLE-AF — NEJM 2018)



### PERLA CLÍNICA

*"Aplicar guías de FA sin contexto geriátrico puede producir más daño que beneficio — y no cubrir lo que más importa al paciente."*

— Parks et al., BMJ 2024

## • ESTUDIO EN 1 MINUTO

**ENGAGE AF-TIMI 48 — subanálisis caídas · Steffel et al. 2016 · JACC**

Análisis preespecificado en 900 pacientes con FA y riesgo aumentado de caídas. Resultado: aunque las caídas se asociaron con mayor sangrado mayor (HR ajustado 1.30) y sangrado fatal (HR 1.67), edoxabán redujo el riesgo absoluto de sangrado mayor y la mortalidad comparado con warfarina — incluso en este subgrupo de alto riesgo.

*Traducción práctica: las caídas no son razón para retirar la anticoagulación — sí son razón para elegir un DOAC sobre warfarina. El miedo a las caídas no justifica dejar al paciente sin protección antitromboótica.*

## • LA EVIDENCIA

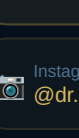
- Parks et al. 2024 — BMJ (FA en adultos mayores, State of the Art)
- Steffel et al. 2016 — JACC (ENGAGE AF-TIMI 48, caídas)
- Kim et al. 2021 — Ann Intern Med (DOACs vs warfarina en fragilidad)
- Marrouche et al. 2018 — NEJM (CASTLE-AF, ablación en FA + IC)

### COMPARTE AHORA



*Un colega con este paciente lo necesita hoy. Reenvía — puede cambiar una decisión clínica.*

### PRÓXIMAMENTE



*Este caso llega al podcast y canal de YouTube.*

@dr.delassalas

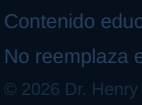
Canal principal  
**WhatsApp**

Podcast  
**DIVULGER**

YouTube  
**@dr.delassalas**

Instagram & TikTok  
**@dr.delassalas**

Sitio web  
**drdelassalas.com**



### ÚNETE AL CANAL

Escanea y accede al canal de WhatsApp **CardioGeriatría con evidencia**

Nuevo número cada lunes · Gratis · Para médicos