

DOI: 10.26820/recimundo/7.(4).oct.2023.94-101

URL: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/2125>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIMUNDO

ISSN: 2588-073X

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de investigación

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 94-101



Fibrilación auricular en adultos mayores octogenarios

Atrial fibrillation in older octogenarians

Fibrilhação auricular em idosos octogenários

Andrés Santiago García Mejía¹; Karina Estefanía Cabay Huebla²

RECIBIDO: 11/05/2023 **ACEPTADO:** 11/07/2023 **PUBLICADO:** 28/10/2023

1. Especialista en Geriátrica y Gerontología; Magíster en Gerencia de Instituciones de Salud; Médico General; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; asgm12@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-1701-9309>
2. Magíster en Salud Ocupacional; Médico General; Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor; Guayaquil, Ecuador; karycabay@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-1620-9784>

CORRESPONDENCIA

Andrés Santiago García Mejía

asgm12@hotmail.com

Guayaquil, Ecuador

RESUMEN

La fibrilación auricular (FA) es una arritmia cardíaca compleja, multifactorial, que con frecuencia se relaciona con el proceso de envejecimiento. Es la arritmia sostenida más común en la práctica clínica. Es asintomática en la mayoría de los pacientes, pero es la causa más frecuente de embolia cerebral en las personas mayores y se asocia con una mayor tasa de hospitalizaciones y mortalidad. La presente investigación se enmarca dentro de una metodología de tipo bibliográfica documental. Ya que es un proceso sistematizado de recolección, selección, evaluación y análisis de la información, que se ha obtenido mediante medios electrónicos en diferentes repositorios y buscadores tales como Google Académico, Science Direct, Pubmed, entre otros, empleando para ellos los diferentes operadores booleanos y que servirán de fuente documental, para el tema antes planteado. La fibrilación articular es una patología frecuente en los ancianos, que conlleva a riesgos elevados de deterioro clínico y funcional de accidente cerebrovascular (ACV). Las estrategias de tratamiento y/o manejo son variadas, pero se parte de dos métodos o premisas fundamentales que son el control del ritmo y el control de la frecuencia, sin embargo, todo ello va a depender de la clínica y las comorbilidades que presente o no el paciente, que quiere decir esto, si el paciente presenta ya una enfermedad cardiovascular o no, ya que ciertos fármacos pueden generar complicaciones, es por ello que cada caso debe ser manejado de forma individual.

Palabras clave: Fibrilación, Adulto, Vejez, Anticoagulante, Cardiovascular.

ABSTRACT

Atrial fibrillation (AF) is a complex, multifactorial cardiac arrhythmia that is often related to the aging process. It is the most common sustained arrhythmia in clinical practice. It is asymptomatic in most patients, but it is the most common cause of cerebral embolism in older people and is associated with a higher rate of hospitalizations and mortality. This research is framed within a documentary bibliographic methodology. Since it is a systematized process of collection, selection, evaluation and analysis of information, which has been obtained through electronic means in different repositories and search engines such as Google Academic, Science Direct, Pubmed, among others, using the different Boolean operators for them. and that will serve as a documentary source for the topic raised above. Joint fibrillation is a common pathology in the elderly, which leads to high risks of clinical and functional deterioration of cerebrovascular accident (CVA). The treatment and/or management strategies are varied, but they are based on two fundamental methods or premises, which are rhythm control and frequency control. However, all of this will depend on the clinical symptoms and comorbidities present or not the patient, which means this, whether the patient already has cardiovascular disease or not, since certain drugs can cause complications, which is why each case must be managed individually.

Keywords: Fibrillation, Adult, Old age, Anticoagulant, Cardiovascular.

RESUMO

A fibrilhação auricular (FA) é uma arritmia cardíaca complexa e multifatorial que está frequentemente relacionada com o processo de envelhecimento. É a arritmia sustentada mais comum na prática clínica. É assintomática na maioria dos pacientes, mas é a causa mais comum de embolia cerebral em pessoas idosas e está associada a uma maior taxa de hospitalizações e mortalidade. Esta investigação enquadra-se numa metodologia bibliográfica documental. Uma vez que se trata de um processo sistematizado de recolha, seleção, avaliação e análise de informação, que foi obtida através de meios electrónicos em diferentes repositórios e motores de busca como o Google Académico, Science Direct, Pubmed, entre outros, utilizando os diferentes operadores booleanos para os mesmos. e que servirá de fonte documental para o tema acima levantado. A fibrilhação articular é uma patologia comum no idoso, que leva a elevados riscos de deterioração clínica e funcional do acidente vascular cerebral (AVC). As estratégias de tratamento e/ou manejo são variadas, mas se baseiam em dois métodos ou premissas fundamentais, que são o controle do ritmo e o controle da frequência. No entanto, tudo isto vai depender da sintomatologia clínica e das comorbilidades presentes ou não no doente, ou seja, se o doente já tem ou não doença cardiovascular, uma vez que determinados fármacos podem causar complicações, razão pela qual cada caso deve ser gerido individualmente.

Palavras-chave: Fibrilhação, Adulto, Idoso, Anticoagulante, Cardiovascular.

Introducción

Actualmente el adulto mayor es considerado como una persona que se encuentra cursando la última etapa de la vida, se considera a partir de los 65 años y es precisamente durante dicho período que el cuerpo emprende una serie de alteraciones tanto anatómicas como funcionales en el sistema cardíaco, uno de estos cambios patológicos son las arritmias cardíacas, las cuales ocasionan enfermedades que si no son tratadas a tiempo pueden causar dependencia y hasta la muerte (Cifuentes Alarón & Isidro Castellanos, 2022).

La fibrilación auricular (FA) es una arritmia cardíaca compleja, multifactorial, que con frecuencia se relaciona con el proceso de envejecimiento. Es la arritmia sostenida más común en la práctica clínica. Es asintomática en la mayoría de los pacientes, pero es la causa más frecuente de embolia cerebral en las personas mayores y se asocia con una mayor tasa de hospitalizaciones y mortalidad (Barón-Castañeda et al., 2022).

La FA ha sido atribuida como factor causal del 20% o más de los de los eventos cerebrovasculares en la población. Se conoce que la edad es un factor de riesgo fundamental para el desarrollo de esta arritmia, estimándose que el 2 al 5% de las personas de 65 años y más la presentan y un 10% en aquellos mayores de 80 años. Se estima que 1 de cada 5 ictus isquémicos están asociados a la presencia de FA independientemente de la edad del paciente y este riesgo se multiplica por 18 si además de la FA hay cardiopatía estructural. La proporción de accidente cerebrovascular (ACV) atribuible a la existencia de FA es del 7% a los 60 años y del 30% a los 90 años, ocasionando un deterioro relevante en la calidad de vida de los pacientes (Fernández Del Valle, s/f).

El riesgo de desarrollar fibrilación auricular en el resto de la vida a partir de los 40 años es del 26 por ciento para los varones y del 23 por ciento para las mujeres. En los ca-

sos en los que no se detecta ninguna cardiopatía asociada, la FA recibe el nombre de solitaria. Un estudio reciente realizado en Argentina mostró que la edad media de la población estudiada con fabricación auricular crónica fue de 71 años, con predominio del sexo masculino, y las patologías prevalentes fueron la hipertensión arterial y la insuficiencia cardíaca (Fernández Paulino, 2019).

En la actualidad se considera un problema sanitario de primer orden; se calcula que en el mundo la padecen cerca de 6 millones de personas y que la prevalencia se duplicará en los siguientes 50 años; incremento que se asocia principalmente con el envejecimiento poblacional, ya que la incidencia aumenta de forma exponencial con la edad, su elevada morbimortalidad, misma que estaría relacionada con sus riesgos tromboembólicos, entre ellos el de mayor relevancia el accidente cerebrovascular sin embargo en un menor porcentaje está relacionada con la Isquemia Mesentérica⁴ que se produce cuando el aporte del flujo sanguíneo es insuficiente ante los requerimientos metabólicos de los órganos irrigados por el territorio de la arteria mesentérica superior, arteria mesentérica inferior y tronco de las celiacas. La FA es considerada la primera causa de isquemia mesentérica por embolismo arterial, representado el 50% de las etiologías identificadas (Acosta et al., 2021).

Metodología

La presente investigación se enmarca dentro de una metodología de tipo bibliográfica documental. Ya que es un proceso sistematizado de recolección, selección, evaluación y análisis de la información, que se ha obtenido mediante medios electrónicos en diferentes repositorios y buscadores tales como Google Académico, Science Direct, Pubmed, entre otros, empleando para ellos los diferentes operadores booleanos y que servirán de fuente documental, para el tema antes planteado.

Resultados

Clasificación de la fibrilación auricular

Desde 2011 se utiliza un sistema de clasificación que se basa en la clínica y en las implicaciones terapéuticas y son las siguientes:

- **Diagnosticada por primera vez:** sea cual sea la duración, la gravedad o los síntomas relacionados.
- **Paroxística:** auto limitada a 48 horas, los paroxismos pueden continuar hasta siete días. Después de 48 horas la probabilidad de conversión espontánea a ritmo sinusal es baja.
- **Persistente:** los episodios tienen una duración superior a 7 días, o bien se requiere cardioversión eléctrica o farmacológica para terminarlos.

- **Persistente de larga duración:** la FA se diagnosticó hace un año o más en el momento en que se decide adoptar una estrategia de control del ritmo.
- **Permanente:** ritmo estable en FA, aceptada por el paciente y el médico, las intervenciones del control del ritmo no son, por definición, un objetivo. En caso de que se adopte una estrategia de control del ritmo, se redefine la arritmia como FA persistente de larga duración (Castro Sayas & Gómez Barrios, 2020).

Mecanismos que conducen a la fibrilación auricular

Tabla 1. Cambios propios del envejecimiento en las aurículas

Del nacimiento a la tercera década	Proliferación de músculo liso, fibras elásticas y colágeno
Tercera a sexta décadas	Metamorfosis grasa del endocardio
Sexta y séptima décadas	Vacuolización y atrofia del músculo endocárdico con sustitución por fibras elásticas y de colágeno
Mayores de 80 años	Elastificación del tejido graso; aumento de colágeno; depósitos auriculares de amiloide; infiltración del nodo sinoauricular por tejido graso y adiposo; dilatación auricular

Factores externos de estrés, como la cardiopatía estructural, la hipertensión, posiblemente la diabetes, pero también la propia FA, inducen un proceso lento pero progresivo de remodelado estructural en las aurículas. La activación de fibroblastos, el aumento de depósitos de tejido conectivo y la fibrosis son los elementos más importantes de este proceso. Además, la infiltración de grasa en las aurículas, los infiltrados inflamatorios, la hipertrofia de miocitos, la necrosis y la amiloidosis se encuentran también en los pacientes con FA y otras entidades concomitantes que predisponen a la FA. El remodelado estructural produce una disociación eléctrica entre los haces musculares y heterogeneidad de la conducción local que favorece el fenómeno de

reentrada y la perpetuación de la arritmia (Castro Sayas & Gómez Barrios, 2020).

Los cambios funcionales y estructurales del miocardio auricular y la estasis sanguínea, especialmente en la orejuela auricular izquierda (OI), generan un medio protrombótico. Por otra parte, los episodios de FA, incluso los breves, producen un daño en el miocardio auricular y la expresión de factores protrombóticos en la superficie endotelial auricular, además de la activación de plaquetas y células inflamatorias, y contribuyen a un estado protrombótico generalizado. La activación auricular y sistémica del sistema de la coagulación podría explicar parcialmente por qué los episodios cortos de FA conllevan un riesgo a largo plazo de ACV (Castro Sayas & Gómez Barrios, 2020).



Las siguientes enfermedades pueden ser la causa de la fibrilación auricular:

- Enfermedades cardíacas coronarias
- Dilatación de las aurículas
- Disfunciones valvulares
- Hipertensión
- Disfunciones del músculo del corazón (cardiomiopatías)
- Hipertiroidismo

Abuso de alcohol Aproximadamente en el 10 por ciento de los casos no existe ninguna causa orgánica para la fibrilación auricular (la denominada fibrilación auricular idiopática) (Fernández Paulino, 2019).

Clínica y diagnóstico

El síntoma más frecuente que presentan los pacientes con FA son las palpitaciones rápidas e irregulares. Debido a la pérdida de la contribución auricular al llenado ventricu-

lar, al acortamiento de la diástole cuando las frecuencias son elevadas y a la reducción del gasto cardíaco, algunos pacientes pueden comenzar con disnea, astenia e IC aguda. Sin embargo, hay muchos pacientes que se encuentran asintomáticos, especialmente la población anciana, siendo diagnosticados con frecuencia después de un episodio embólico. El diagnóstico puede hacerse mediante la determinación del pulso, junto con la realización de un ECG, recomendándose realizar la detección especialmente en pacientes mayores de 65 años. En aquellos que hayan tenido un accidente cerebrovascular (ACV) se debe realizar una detección de FA mediante monitorización electrocardiográfica durante al menos 72 horas. Si esta fuese normal, podría plantearse al alta la realización de un registro Holter-ECG o incluso el implante de un Holter subcutáneo para descartar FA silente (Ayala et al., 2018).

Tratamiento y manejo de la fibrilación auricular

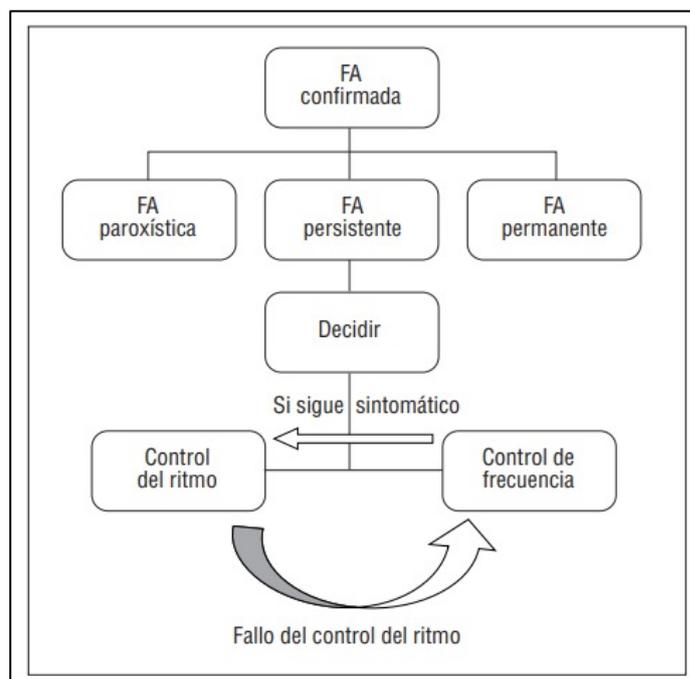


Figura 1. Estrategia de tratamiento de la fibrilación auricular (FA)

Fuente: (Urrutia de Diego, 2008).

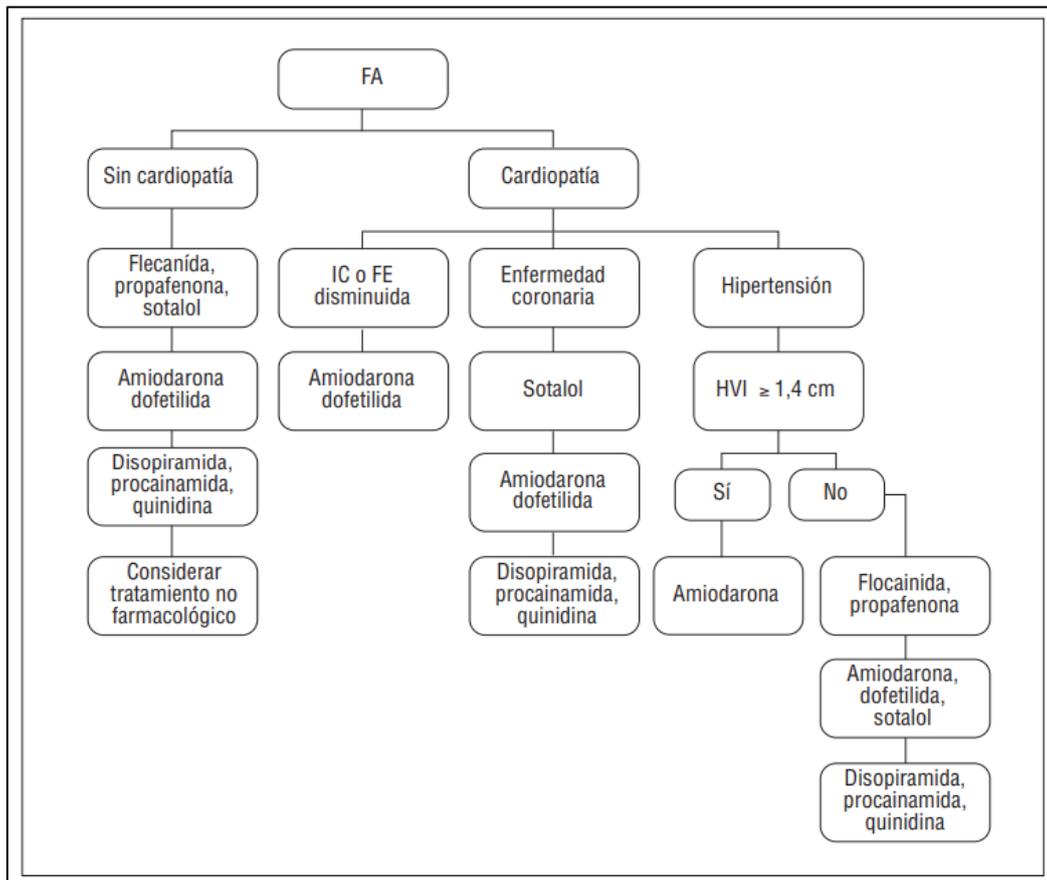


Figura 2. Estrategia para el tratamiento farmacológico de la fibrilación auricular cuando la decisión es el control del ritmo. IC: insuficiencia cardíaca; FA: fibrilación auricular; FE: fracción de eyección; HVI: hipertrofia ventricular izquierda. Tomado de Fuster

Fuente: (Urrutia de Diego, 2008).

El tratamiento de la FA tiene dos objetivos principales:

- Manejar la arritmia, ya sea reestableciendo el ritmo sinusal (estrategia de control de ritmo) y/o controlar la frecuencia cardíaca para que la FA se mantenga con respuesta ventricular adecuada (estrategia de control de frecuencia cardíaca).
- Prevenir embolías arteriales sistémicas, dentro de ellas, el ACV (Kunstmann & Gaínza, 2020).

Los fármacos antiarrítmicos pueden revertir a RS en aproximadamente un 50% de los pacientes con FA de reciente comienzo. Es importante asegurarnos de que el riesgo embólico sea mínimo, por lo que la FA debe

ser de menos de 48 horas de evolución o, de lo contrario, habrá que descartar la presencia de trombos mediante realización de un ecocardiograma transesofágico o tener una anticoagulación adecuada durante las tres semanas previas al tratamiento. Los fármacos del grupo IC como flecainida o propafenona pueden utilizarse en pacientes ancianos siempre y cuando no tengan cardiopatía estructural. Pueden precipitar o empeorar alteraciones de la conducción (ensanchamiento del QRS, prolongación del intervalo QTc) o inducir un flutter IC, debiendo ser administrados con un frenador del nodo auriculoventricular. En caso de aparición de cualquiera de estas alteraciones deberán ser retirados. Amiodarona se puede usar en pacientes con cardiopatía

estructural. Hay que tener en cuenta que, aunque sea un fármaco más seguro para los pacientes ancianos, produce también un enlentecimiento de la conducción, prolongación del intervalo QT e hipotensión. Vernakalant produce una reversión precoz a RS, pero no debe utilizarse en pacientes con tensión arterial sistólica menor de 100 mm Hg, intervalo QT prolongado, estenosis aórtica severa, y NYHA clase III o IV. La cardioversión eléctrica (CVE) es el método más efectivo para la reversión a RS, con indicación directa en aquellos pacientes con compromiso hemodinámico²⁰. Su eficacia aumenta si se combina junto a fármacos antiarrítmicos (grupo IC y amiodarona). Es un procedimiento seguro y sencillo que puede realizarse en pacientes ancianos. Se debe realizar con cautela por la posible existencia de cierto grado de disfunción sinusal, pudiendo necesitar atropina, isoproterenol o un marcapasos externo tras el procedimiento. El tratamiento de mantenimiento se puede realizar con: flecainida (50/100 mg/12 horas), propafenona (150-300 mg/8 horas) y amiodarona (200 mg/24 horas). Otras opciones son: sotalol, con precaución por producir bradicardia sinusal, alterar la conducción por el nodo AV y prolongar el intervalo QT y dronedarona, estando contraindicada en pacientes con ICC descompensada y vigilando la función renal, así como hepática (Ayala et al., 2018).

El cierre quirúrgico de la orejuela, alternativa terapéutica válida en pacientes jóvenes, parecer ser una opción muy invasiva en pacientes ancianos, existiendo otras alternativas de tratamiento. En la estrategia de prevención de embolías, en el tratamiento de la FA, es fundamental la terapia anticoagulante para prevenir el accidente cerebrovascular. La anticoagulación reduce el riesgo de ACV en un 68%. El paciente geriátrico es el que más se beneficia con su uso, sin embargo, pocos de ellos lo reciben por el riesgo de sangrado. Existen diversos fármacos anticoagulantes, dentro de ellos, los más utilizados son los antagonistas de

la vitamina K, por menor costo y amplia experiencia en su uso clínico. Los nuevos anticoagulantes inhibidores de la Trombina (Factor II) o del Factor Xa de la cascada de la coagulación, también han demostrado ser seguros y eficaces en la prevención de tromboembolismo sistémico y de ACV. En caso de contraindicación de anticoagulación, se puede recurrir a la antiagregación plaquetaria, pero debe considerarse que esta protección es muy inferior a la que otorga la anticoagulación para prevenir el ACV (Kunstmann & Gaínza, 2020).

Conclusión

La fibrilación articular es una patología frecuente en los ancianos, que conlleva a riesgos elevados de deterioro clínico y funcional de accidente cerebrovascular (ACV). Las estrategias de tratamiento y/o manejo son variadas, pero se parte de dos métodos o premisas fundamentales que son el control del ritmo y el control de la frecuencia, sin embargo, todo ello va a depender de la clínica y las comorbilidades que presente o no el paciente, que quiere decir esto, si el paciente presenta ya una enfermedad cardiovascular o no, ya que ciertos fármacos pueden generar complicaciones, es por ello que cada caso debe ser manejado de forma individual.

Bibliografía

- Acosta, J. A. B., Gómez, N. T. P., Muñoz, C. M., Cuenca, L. P., & Esteves, C. (2021). Fibrilación auricular como principal causa de isquemia mesentérica aguda. *ATENEO*, 23(2), 70–78.
- Ayala, R., Jaramillo, J., Ramos, M., Cachuan, S., Garmendia, B., & Quezada, M. (2018). Rasgos diferenciales de la patología cardiovascular en el anciano: insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica y fibrilación auricular. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(62), 3659–3669. <https://doi.org/10.1016/j.med.2018.09.004>
- Barón-Castañeda, A., Betancourt-Rodríguez, J. F., Ospina-Buitrago, D. A., & Damonte, A. (2022). Fibrilación auricular en el adulto mayor. *Rev Colomb Cardiol.*, 29(3), 31–35.

- Castro Sayas, D., & Gómez Barrios, M. A. (2020). Prevalencia e identificación de factores de riesgos asociados a fibrilación auricular en la organización Clínica General del Norte. UNIVERSIDAD LIBRE SECCIONAL BARRANQUILLA.
- Cifuentes Alarón, J. J., & Isidro Castellanos, H. V. (2022). Incidencia de arritmias cardíacas en el adulto mayor residente en el Hogar de las Hermanas Misioneras de la Caridad "Madre Teresa de Calcuta", durante julio a diciembre 2019, en la Ciudad de Guatemala. UNIVERSIDAD GALILEO.
- Fernández Del Valle, L. (s/f). Actualización sobre fibrilación auricular en el adulto mayor. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.
- Fernández Paulino, C. M. (2019). Prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares en los pacientes con fibrilación auricular que son ingresados en el Hospital Salvador Gautier, marzo 2019-mayo 2019. Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña.
- Kunstmann, S., & Gaínza, F. (2020). CARDIOPATÍA EN EL PACIENTE ANCIANO. Revista Médica Clínica Las Condes, 31(1), 21-27. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.11.010>
- Urrutia de Diego, A. (2008). Fibrilación auricular en el anciano. Revista Española de Geriátría y Gerontología, 43(2), 106-112. [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(08\)71163-6](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(08)71163-6)

CITAR ESTE ARTICULO:

García Mejía, A. S., & Cabay Huebla, K. E. (2023). Fibrilación auricular en adultos mayores octogenarios. RECIMUNDO, 7(4), 94-101. [https://doi.org/10.26820/recimundo/7.\(4\).oct.2023.94-101](https://doi.org/10.26820/recimundo/7.(4).oct.2023.94-101)



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.