

## Calidad de vida en pacientes con fibrilación auricular

A. John Camm

Profesor de Cardiología Clínica. Universidad St. George's. Londres. Reino Unido.

La fibrilación auricular (FA) es una alteración del ritmo cardiaco cuya frecuencia está aumentando. Aunque se produce predominantemente en ancianos, cada vez son más habituales los pacientes más jóvenes con esta arritmia<sup>1</sup>. La arritmia se produce en presencia de un trasfondo de una amplia variedad de estados patológicos, predominantemente cardiovasculares, algunos de los cuales son ya de por sí discapacitantes. Una pequeña parte de los casos de FA no parecen tener ninguna causa obvia (FA aislada o idiopática), y en esos pacientes la arritmia es con frecuencia de carácter paroxístico y muy sintomática. Entre los distintos episodios, los pacientes pueden no presentar síntomas, pero el recuerdo de la arritmia puede limitar las actividades y las ambiciones del paciente. En muchos pacientes con FA persistente o permanente, la arritmia puede ser silente clínicamente<sup>2</sup>, hasta que se produce una consecuencia grave, a menudo difícil de revertir, como un ictus o una insuficiencia cardiaca descompensada, que reduce entonces drásticamente la calidad de vida del paciente. Así pues, los factores determinantes de la calidad de vida en un paciente con FA pueden depender de varios factores cruciales: la edad y la actividad del paciente, los trastornos que subyacen en la FA y su tratamiento, las consecuencias médicas de la FA y, finalmente, la propia FA y su patrón temporal.

Existen pocas o ninguna duda respecto a que, en general, los pacientes con FA presentan una degradación sustancial de la calidad de vida, en comparación con la población normal<sup>3</sup>. La calidad de vida es similar a la de los pacientes que han sufrido un infarto de miocardio y han sobrevivido<sup>4</sup>. Ni siquiera los pacientes con una FA clínicamente asintomática tienen una calidad de vida normal<sup>5</sup>. Lamentablemente, no hay prácticamente ningún estudio que

haya evaluado a los mismos pacientes durante un episodio de FA, inmediatamente después y mucho después de haber sufrido un único episodio o paroxismos de carácter recurrente conocido. Una serie de experimentos de este tipo proporcionaría un control adecuado para la mayor parte de las demás variables de las que puede depender la evaluación de la calidad de vida en un paciente con FA.

Es muy probable que la calidad de vida, tal como se evalúa en la actualidad, dependa en gran manera del estado sintomático del paciente en el momento de la valoración, sobre todo si los síntomas son graves. Por otra parte, si el paciente está asintomático, la calidad de vida puede depender de su recuerdo de la alteración grave que le ha producido la arritmia y de la preocupación por su posible reaparición. Estas preocupaciones pueden reducirse a medida que transcurre el tiempo tras el último episodio sintomático, por lo que el momento en que se realiza cada evaluación en relación con la aparición de la arritmia puede ser importante. En los pacientes que están asintomáticos durante la arritmia, la calidad de vida puede estar dominada por otros factores importantes, como el dinero, la movilidad, el recuerdo, la situación social, etc. Hay algunos pacientes que niegan la presencia de síntomas y sólo llegan a admitir que sufrían una limitación grave cuando finalmente se trata la arritmia y se restablece el ritmo sinusal. Los hay también que parecen estar realmente asintomáticos (puntuaciones de actividad normales) pero con una calidad de vida deteriorada en grado mensurable<sup>5</sup>.

Aunque la calidad de vida asociada a la FA sufre un deterioro, a menudo no se ha podido demostrar de forma concluyente que mejore en gran manera con una estrategia terapéutica concreta. Por ejemplo, tanto en el estudio AFFIRM<sup>6</sup> como en el AF-CHF<sup>7</sup> no se observaron mejoras estadísticamente significativas de la calidad de vida al comparar el control del ritmo con el control de la frecuencia. Sin embargo, se pudo demostrar que los pacientes que permanecían en ritmo sinusal en el AFFIRM tenían una mejor calidad de vida. Sorprendentemente, en otros estudios no ha sido posible evidenciar que la calidad de vida mejore con un control más estricto (frecuencia cardiaca en reposo < 80 lpm) en comparación con un control más

VÉASE ARTÍCULO EN PÁGS. 1402-9

Declaración: El Prof. Camm recibe financiación de la British Heart Foundation.

Correspondencia: Prof. J. Camm.  
BHF Professor of Clinical Cardiology. St. George's University of London.  
Cranmer Terrace. London, SW17 0RE. Reino Unido.  
Correo electrónico: [jcammm@sgul.ac.uk](mailto:jcammm@sgul.ac.uk)

Full English text available from: [www.revespcardiol.org](http://www.revespcardiol.org)

laxo (frecuencia cardiaca en reposo < 110 lpm)<sup>8</sup>. Así pues, la estrategia de tratamiento como tal no parece influir en la calidad de vida.

También se han investigado ampliamente los tratamientos individuales y son pocos los estudios que han aportado resultados positivos convincentes en cuanto a la mejora de la calidad de vida. El estudio SAFE-T fue ampliamente aclamado por mostrar una mejora de la calidad de vida secundaria al tratamiento con medicación antiarrítmica, pero tan solo se observó una mejoría importante en los pacientes que permanecieron en ritmo sinusal, con independencia del tratamiento asignado<sup>9</sup>. Algunos estudios pequeños, por ejemplo con flecainida, han mostrado resultados marginalmente positivos<sup>10</sup>, pero no hay muchos estudios de este tipo. Sin embargo, con la aparición de la ablación por catéter, parece que la calidad de vida puede mejorar de manera muy notable en los pacientes a quienes se aplica esta intervención<sup>11</sup>. Naturalmente, una ablación auricular izquierda no puede realizarse en un diseño de estudio «ciego» y es muy posible que se produzca un efecto placebo muy importante, sobre todo cuando ha habido ya un fracaso terapéutico con numerosos intentos farmacológicos previos de controlar la arritmia y finalmente se les ofrece una intervención potencialmente «curativa». Además, todos los pacientes a quienes se practica la intervención presentan síntomas importantes y tienen poca afectación por enfermedades cardiovasculares o sistémicas subyacentes. Es muy posible que su alto perfil sintomático y la degradación de la calidad de vida se deban únicamente a la FA, su respuesta emocional y física frente a la arritmia y su decepción con los demás tratamientos, todo lo cual podría haber sufrido un vuelco al aplicar la intervención de ablación por catéter.

La clasificación de las 3 P del patrón temporal de la FA, introducida inicialmente por Gallagher et al<sup>12</sup>, se recomendaba en las guías de ACC/AHA/ESC de 2006<sup>13</sup> y también en las guías de 2010 de la ESC<sup>14</sup> para el manejo de la FA. La comunidad médica ha utilizado esta clasificación porque presenta una buena relación con los síntomas del paciente y con la elección de la estrategia terapéutica. Además, resume lo esencial del concepto de que la FA es una enfermedad progresiva que, tras su inicio, progresa de los paroxismos cortos a episodios persistentes más prolongados y finalmente a una FA permanente. Es probable que la calidad de vida se vea influida por múltiples factores que podrían afectarla de diversa manera según los distintos tipos de FA. Por ejemplo, la FA paroxística a menudo se manifiesta en mayor medida en pacientes más jóvenes, con poca cardiopatía subyacente y con necesidades físicas más imperativas, mientras que los pacientes de mayor edad y con

cardiopatías subyacentes, con una vida más sedentaria y menos activa, pueden presentar tipos persistentes o permanentes de FA. Resulta difícil identificar y luego controlar o compensar todos estos posibles factores de confusión; por consiguiente, toda relación simple entre calidad de vida y subtipo de FA es difícil de reconocer.

Los resultados de Rafael Peinado et al<sup>15</sup> publicados en este número de REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA, aunque sorprendentes a primera vista, pueden explicarse simplemente por la compleja combinación de tipos de pacientes diferentes que se da en los subtipos temporales de la arritmia, más que por una posible falta de sensibilidad del instrumento de valoración de la calidad de vida que se eligió para evaluar este aspecto del malestar asociado a la FA que tan difícil resulta de estudiar.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Go AS, Hylek EM, Phillips KA, Chang Y, Henault LE, Selby JV, et al. Prevalence of diagnosed atrial fibrillation in adults: national implications for rhythm management and stroke prevention: the AnTicoagulation and Risk Factors in Atrial Fibrillation (ATRIA) Study. *JAMA*. 2001;285:2370-5.
2. Savelieva I, Camm AJ. Clinical relevance of silent atrial fibrillation: prevalence, prognosis, quality of life, and management. *J Interv Card Electrophysiol*. 2000;4:369-82.
3. Jenkins LS, Buben RS. Quality of life in patients with atrial fibrillation. *Cardiol Clin*. 1996;14:597-606.
4. Dorian P, Jung W, Newman D, Paquette M, Wood K, Ayers GM, et al. The impairment of health-related quality of life in patients with intermittent atrial fibrillation: implications for the assessment of investigational therapy. *J Am Coll Cardiol*. 2000;36:1303-9.
5. Savelieva I, Paquette M, Dorian P, Lüderitz B, Camm AJ. Quality of life in patients with silent atrial fibrillation. *Heart*. 2001;85:216-7.
6. Jenkins LS, Brodsky M, Schron E, Chung M, Rocco T Jr, Lader E, et al. Quality of life in atrial fibrillation: the Atrial Fibrillation Follow-up Investigation of Rhythm Management (AFFIRM) study. *Am Heart J*. 2005;149:112-20.
7. Roy D, Talajic M, Nattel S, Wyse DG, Dorian P, Lee KL, et al. Atrial Fibrillation and Congestive Heart Failure Investigators. Rhythm control versus rate control for atrial fibrillation and heart failure. *N Engl J Med*. 2008;358:2667-77.
8. Van Gelder IC, Groenveld HF, Crijns HJ, Tuininga YS, Tijssen JG, Alings AM, et al. Lenient versus strict rate control in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2010;362:1363-73.
9. Singh SN, Tang XC, Singh BN, Dorian P, Reda DJ, Harris CL, et al. Quality of life and exercise performance in patients in sinus rhythm versus persistent atrial fibrillation: a Veterans Affairs Cooperative Studies Program Substudy. *J Am Coll Cardiol*. 2006;48:721-30.
10. Guédon-Moreau L, Capucci A, Denjoy I, Morgan CC, Périé A, Leplège A, et al. Impact of the control of symptomatic paroxysmal atrial fibrillation on health-related quality of life. *Europace*. 2010;12:634-42.
11. Wilber DJ, Pappone C, Neuzil P, De Paola A, Marchlinski F, Natale A, et al. Comparison of antiarrhythmic drug therapy and radiofrequency catheter ablation in patients with paroxysmal atrial fibrillation: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2010;303:333-40.

12. Gallagher MM, Camm AJ. Schemes of classification. Replace a number of complicated systems with a simple division of atrial fibrillation (AF) based on temporal pattern. *Pacing Clin Electrophysiol.* 1998;21:776-7.
13. Fuster V, Rydén LE, Cannom DS, Crijns HJ, Curtis AB, Ellenbogen KA, et al. ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for the management of patients with atrial fibrillation: full text: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on practice guidelines and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2001 guidelines for the management of patients with atrial fibrillation) developed in collaboration with the European Heart Rhythm Association and the Heart Rhythm Society. *Europace.* 2006;8:651-745.
14. Camm AJ, Kirchhof P, Lip GY, Schotten U, Savelieva I, Ernst S, et al. Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA), endorsed by the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Guidelines for the management of atrial fibrillation: The Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J.* 2010 Aug 29 [Epub ahead of print].
15. Peinado R, Arribas F, Ormaetxe JM, Badía X. Diferencias en la calidad de vida según el tipo de fibrilación auricular. *Rev Esp Cardiol.* 2010;63:1402-9.