

ARTÍCULO ORIGINAL

Diferencias en la calidad de vida según el tipo de fibrilación auricular

Rafael Peinado^a, Fernando Arribas^b, José Miguel Ormaetxe^c y Xavier Badía^d

^aSección de Arritmias. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

^bSección de Arritmias. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

^cSección de Arritmias. Departamento de Cardiología. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. Vizcaya. España.

^dHealth Economics and Outcomes Research. IMS Health. Barcelona. España.

Introducción y objetivos. La fibrilación auricular (FA) es una de las arritmias más frecuentes y se clasifica, según su forma de presentación, en paroxística, persistente o permanente. Esta arritmia se ha relacionado con una disminución de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes. Recientemente, se ha diseñado y validado el cuestionario Atrial Fibrillation-Quality of Life (AF-QoL), específico para pacientes con FA. El objetivo de este estudio es analizar las posibles diferencias en la CVRS de los pacientes según qué tipo de FA presenten.

Métodos. Estudio observacional, prospectivo y multicéntrico realizado en condiciones de práctica clínica habitual en España. A los pacientes incluidos, diagnosticados de FA en cualquiera de sus tres tipos, se les aplicó el cuestionario AF-QoL.

Resultados. Participaron en total 341 pacientes con FA. El 43% sufría FA persistente; el 37%, paroxística y el 20%, permanente. Las puntuaciones totales del AF-QoL no mostraron diferencias significativas según el tipo de FA, excepto en la dimensión psicológica, en la que los pacientes con FA permanente presentaron una puntuación más alta (mejor CVRS). Se encontraron diferencias también en la CVRS de los pacientes con FA, asociadas con que tenían más síntomas y visitas a urgencias y menos capacidad funcional.

Conclusiones. La CVRS de los pacientes con FA, analizada mediante el cuestionario específico AF-QoL, no se veía afectada, excepto en su dimensión psicológica, por el tipo de FA que presenten, sino por las propias características clínicas de la enfermedad.

Palabras clave: Fibrilación auricular. Calidad de vida. Cuestionarios.

VÉASE EDITORIAL EN PÁGS. 1393-5

Financiación: La realización de este estudio ha sido posible gracias a la financiación de MEDA Pharma.

Correspondencia: Dr. R. Peinado.
Sección de Arritmias. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario La Paz.
P.º de la Castellana, 261. 28046 Madrid. España.
Correo electrónico: rpeinado@secardiologia.es

Recibido el 4 de agosto de 2009.

Aceptado para su publicación el 14 de junio de 2010.

Variation in Quality of Life With Type of Atrial Fibrillation

Introduction and objectives. Atrial fibrillation (AF) is one of the most common arrhythmias. It is classified according to its presentation as either paroxysmal, persistent or permanent. The presence of this arrhythmia has been associated with a decrease in patients' health-related quality of life (HRQoL). The Atrial Fibrillation-Quality of Life (AF-QoL) questionnaire, which is specifically for use in patients with AF, has recently been developed and validated. The aim of this study was to use this questionnaire to investigate differences in HRQoL associated with different types of AF.

Methods. This prospective observational multicenter study was performed in a regular clinical context in Spain. The AF-QoL questionnaire was administered to study patients, who were diagnosed as having one of the three types of AF.

Results. The study involved 341 patients with AF, 43% of whom had persistent AF, while 37% had paroxysmal AF, and 20% had permanent AF. Although the type of AF had no significant effect on the overall AF-QoL score, patients with permanent AF had the highest scores on the psychological dimension (i.e. better HRQoL). In addition, an increased frequency of symptoms, more emergency department visits, and poorer functioning were also associated with significant differences in HRQoL in AF patients.

Conclusions. Use of the AF-QoL questionnaire showed that the HRQoL of AF patients was influenced by the clinical characteristics of the disease but not, except on the psychological dimension, by the type of AF.

Key words: Atrial fibrillation. Quality of life. Questionnaire.

Full English text available from: www.revespcardiol.org

ABREVIATURAS

AF-QoL: Atrial Fibrillation-Quality of Life.
CVRS: calidad de vida relacionada con la salud.
FA: fibrilación auricular.
NYHA: New York Heart Association.

INTRODUCCIÓN

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente. Su prevalencia en la población general es de alrededor del 0,95% y aumenta con la edad, pues es del 0,1% en sujetos menores de 55 años y de hasta el 9% en pacientes mayores de 80 años^{1,2}. Aunque puede presentarse de forma asintomática, habitualmente se asocia a una gran variedad de síntomas, como palpitaciones en reposo o esfuerzo, disnea, dolor torácico, mareo, síncope, etc.

En función de la forma de presentación clínica, la FA se clasifica en paroxística, persistente y permanente¹. Su tratamiento se ve influido por el carácter dinámico de la evolución de la enfermedad, por lo que es necesario revisar y actualizar el tipo de FA en cada paciente³. En la última década se han realizado estudios que han comparado el efecto de distintas estrategias terapéuticas en la supervivencia de pacientes con FA, sin que se haya obtenido diferencias significativas¹. Por consiguiente, la mejoría de los síntomas y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) hoy son el principal objetivo del tratamiento de la FA^{1,3}.

Mientras que la FA como enfermedad se ha estudiado ampliamente, su impacto en la CVRS de los pacientes afectados ha recibido menos atención. En la actualidad, existen diferentes métodos disponibles para poder evaluar el impacto de la FA en la CVRS de los pacientes, pero habitualmente se han utilizado para ello cuestionarios genéricos tales como el SF-36, y no cuestionarios específicos^{4,5}. Los estudios realizados muestran que la CVRS está influida por variables como la edad y el sexo, la clase funcional de la New York Heart Association (NYHA)⁶ o las enfermedades concomitantes^{7,8}. Por el contrario, aunque todos los pacientes con FA mejoran su CVRS con el tiempo, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la CVRS según la estrategia terapéutica que se les aplique (control de ritmo frente a control de frecuencia)⁹⁻¹¹. Es conocido que, en general, la CVRS de los pacientes con FA está limitada y que la mayoría de los pacientes sometidos a una intervención sanitaria experimentan una clara mejora en su CVRS¹²⁻¹⁴. Sin embargo, no se ha analizado previamente la influencia que los diferentes tipos de FA pueden tener en la CVRS del paciente.

Por lo tanto, se plantea la necesidad de realizar una valoración mediante un cuestionario específico validado y capaz de detectar diferencias en la CVRS de estos pacientes. Con este fin se diseñó¹⁵ y se validó el cuestionario Atrial Fibrillation-Quality of Life (AF-QoL)¹⁶. Con esta herramienta específica de valoración, podrían detectarse diferencias entre los diferentes tipos de FA y sus distintas alternativas de manejo clínico que actualmente no se puede valorar adecuadamente mediante los cuestionarios genéricos.

El objetivo de este trabajo fue analizar las posibles diferencias en la CVRS de los pacientes según el tipo de FA que presenten mediante el cuestionario específico AF-QoL.

MÉTODOS

Diseño del estudio

Se llevó a cabo un estudio observacional, prospectivo y multicéntrico en condiciones de práctica clínica habitual en España. En el estudio participaron en total 29 cardiólogos especialistas en arritmias. El estudio fue evaluado y aprobado por los comités éticos preceptivos. Los resultados que se presentan forman parte de un subanálisis del estudio de validación del cuestionario AF-QoL¹⁶.

En el estudio de validación del cuestionario se incluyeron tres grupos de estudio: pacientes con cualquier tipo de FA que fuesen a someterse a algún tipo de intervención terapéutica, pacientes con cualquier tipo de FA en situación clínica estable y un grupo control de pacientes con infarto de miocardio de más de 1 año de evolución en situación clínica estable. Todos los pacientes eran mayores de 18 años. Se excluyó a los pacientes con enfermedades cuyos síntomas pudieran enmascarar los resultados del estudio y a los que estuviesen incluidos en algún ensayo clínico¹⁶. Para este subanálisis se han analizado los datos recogidos según el tipo de FA.

Aunque en el estudio original se realizaron dos visitas de estudio a los pacientes con FA, el presente subanálisis se llevó a cabo considerando exclusivamente la información recogida en la visita basal. En ella se recopilaron datos de carácter sociodemográfico (edad y sexo), tipo de FA (paroxística, persistente o permanente), presencia de cardiopatía estructural y tipo, enfermedades concomitantes, ingresos hospitalarios y visitas a urgencias por causa cardíaca, datos ecocardiográficos (dilatación de la aurícula izquierda [AI], disfunción sistólica del ventrículo izquierdo [VI]), síntomas asociados (palpitaciones, mareo-síncope, disnea, opresión torácica y otros síntomas mal definidos), clase funcional NYHA y estrategia terapéutica (control del ritmo o

de la frecuencia) de los pacientes. Además, se aplicó a los pacientes los cuestionarios AF-QoL y SF-36, aunque en el presente trabajo únicamente se analizaron los resultados obtenidos del AF-QoL.

Cuestionario AF-QoL

El AF-QoL^{15,16} es un cuestionario específico de 18 ítems, agrupados en tres dimensiones, con respuestas tipo Likert con cinco categorías. Las preguntas en el cuestionario AF-QoL hacen referencia al mes anterior a la visita y la puntuación se estandariza de 0 (peor CVRS) a 100 (mejor CVRS). El cuestionario AF-QoL se ha mostrado como una herramienta útil en la práctica clínica, con buenas factibilidad, validez y fiabilidad¹⁶.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo y comparativo de las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes según el tipo de FA mediante las pruebas de la t de Student o ANOVA, en caso de tratarse de variables continuas (o sus equivalentes no paramétricos U de Mann-Whitney o Kruskal-Wallis). En caso de tratarse de variables categóricas, se ha utilizado la prueba de la χ^2 . Para la comparación de las puntuaciones del cuestionario AF-QoL entre tipos de FA, se utilizó la prueba de la t de Student. Para las comparaciones entre las puntuaciones obtenidas en el cuestionario AF-QoL en función de variables clínicas, se utilizaron las pruebas de la U de Mann-Whitney, de Kruskal-Wallis o correlación de Spearman, según la variable analizada. Para la comparación múltiple de variables se utilizó el método de Scheffé.

Además, con el fin de determinar la influencia que las características del paciente y de la propia enfermedad pudieran tener en la CVRS, se realizaron análisis de regresión lineal multivariable utilizando como variables dependientes las diferentes puntuaciones del cuestionario AF-QoL para cada una de sus dimensiones (psicológica, física, sexual y total) y como variables independientes, las que habían presentado un nivel de significación $p < 0,05$ en el análisis bivariante realizado previamente (edad, sexo, tiempo de evolución de la enfermedad, enfermedades concomitantes, dilatación de la AI, disfunción sistólica del VI, cardiopatía estructural, visitas a urgencias por causa cardíaca en el último año, clasificación funcional de la NYHA y tipo de FA). Tanto la frecuencia como la duración de los síntomas son variables muy correlacionadas con el tipo de FA, por lo que no se las incluyó para evitar problemas de colinealidad en el modelo.

El análisis se realizó utilizando el paquete estadístico SPSS 15.0.1 para Windows, y se consideró dife-

rencia estadísticamente significativa entre tipos de FA si $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se incluyó en el estudio a un total de 341 pacientes con FA, de los que el 42,9% tenía FA persistente ($n = 144$); el 37,5%, FA paroxística ($n = 126$) y el 19,6%, FA permanente ($n = 66$).

En la tabla 1 se muestra un resumen de las principales características sociodemográficas y clínicas de los pacientes. En todas las variables analizadas se observaron diferencias estadísticamente significativas según el tipo de FA, excepto en el sexo de los pacientes y los ingresos hospitalarios en el último año. El grupo de pacientes con FA permanente tenía una media de edad, un tiempo de evolución de la FA, un tamaño de la AI y una incidencia de cardiopatía estructural significativamente superiores a los de los grupos de pacientes con FA persistente y paroxística. Además, también tenía más comorbilidades (el 83,3% de los pacientes alguna, principalmente hipertensión arterial y/o dislipemia) y un mayor promedio de enfermedades por paciente ($1,48 \pm 1,01$).

En lo que respecta a ingresos hospitalarios en el último año (tabla 1), no se observaron diferencias significativas entre grupos de pacientes ($p = 0,85$). Sin embargo, al considerar las visitas realizadas a urgencias por causas cardíacas en el mismo periodo, se observó un aumento significativo del porcentaje de pacientes con FA paroxística que requerían de este tipo de servicio respecto al resto de los pacientes incluidos. Así, los pacientes con FA paroxística requirieron de un promedio de $2,2 \pm 1,7$ visitas a urgencias, mientras que los pacientes con FA persistente o permanente no llegaron a las 2 visitas de media ($p < 0,05$).

La mayoría de los pacientes con FA paroxística se encontraban en la clase funcional I de la NYHA, mientras que la mayoría de los pacientes con FA permanente y persistente se encontraban en la clase funcional II.

El grupo de pacientes con FA paroxística presentó más síntomas asociados que los pacientes con FA persistente o permanente, principalmente palpitations y opresión torácica (fig. 1). En cambio, un mayor porcentaje de pacientes con FA persistente y, sobre todo, permanente presentaba disnea. Además, el número medio de síntomas fue $4,5 \pm 2,5$ en los pacientes con FA paroxística, $3,8 \pm 2,4$ en la FA persistente y $3,1 \pm 2$ en la FA permanente ($p < 0,05$).

La estrategia terapéutica fue diferente según el tipo de FA. El 75,4% de los pacientes con FA paroxística y el 59% de los pacientes con FA persistente recibieron tratamiento para el control del

TABLA 1. Distribución de los pacientes según sus características sociodemográficas y clínicas y tipo de fibrilación auricular

	FA paroxística	FA persistente	FA permanente
Sexo ^a			
Varones	78 (61,9)	101 (70,1)	41 (62,1)
Mujeres	48 (38,1)	43 (29,9)	25 (37,9)
Total	126 (100)	144 (100)	66 (100)
Edad (años) ^b	57,3 ± 12,5	62,2 ± 11,5	63,6 ± 12,8
Tiempo de evolución de la FA (años) ^c	3,9 ± 4,7	2,3 ± 4,1	6,8 ± 6,3
Enfermedades concomitantes			
Pacientes ^b	75 (60)	104 (72,2)	55 (83,3)
Número de comorbilidades ^d	0,97 ± 0,97	1,28 ± 1,1	1,48 ± 1,01
Dilatación de la AI ^c	53 (47,3)	90 (82)	49 (87,5)
Disfunción sistólica del VI ^b	1 (0,9)	27 (23,9)	8 (14,5)
Cardiopatía estructural ^b	26 (21,1)	71 (50,7)	39 (59,1)
Ingresos hospitalarios en el último año			
Pacientes ^a	44 (35,2)	52 (36,4)	21 (32,3)
Número de ingresos ^a	1,7 ± 1,5	1,4 ± 0,6	1,5 ± 1,4
Visitas a urgencias por causa cardíaca en el último año			
Pacientes ^c	79 (63,2)	65 (45,5)	15 (22,7)
Número de visitas ^b	2,2 ± 1,7	1,7 ± 2,4	1,8 ± 0,8
Clasificación de la NYHA ^b			
Clase I	84 (66,9)	53 (37,1)	21 (31,8)
Clase II	35 (27,4)	71 (49)	36 (54,5)
Clase III	6 (4,8)	19 (13,3)	8 (12,1)
Clase IV	1 (0,8)	1 (0,7)	1 (1,5)

AI: aurícula izquierda; FA: fibrilación auricular; NYHA: New York Heart Association; VI: ventrículo izquierdo.

^aSin significación estadística.^bp < 0,05 (FA paroxística frente a persistente y paroxística frente a permanente).^cp < 0,05.^dp < 0,05 (FA paroxística frente a permanente).

Los datos expresan n (%) o media ± desviación estándar.

ritmo cardíaco, mientras que en los pacientes con FA permanente el tratamiento más utilizado estaba dirigido al control de la frecuencia (77,3%). Una minoría de pacientes no recibía ningún tratamiento específico para la FA (el 4% de los pacientes con FA paroxística, el 7,6% de los pacientes con FA persistente y el 3% de los pacientes con FA permanente).

No hubo diferencias en la puntuación total ni en las dimensiones física o sexual del cuestionario AF-QoL según el tipo de FA (fig. 2). Sin embargo, en la dimensión psicológica, los pacientes con FA permanente (47,5 puntos) presentaron una mejor CVRS que los pacientes con FA paroxística (38,3; p = 0,02) o persistente (37,5; p = 0,01). El análisis multivariable, cuyos resultados de significación se muestran en la tabla 2, demostró que las diferencias observadas en la dimensión psicológica del AF-QoL serían atribuibles al tipo de FA, ya que no se aprecia significación estadística en ninguna otra de las variables consideradas. Asimismo el análisis puso de manifiesto que el número de visitas a urgencias en el último año y la clase funcional podrían

ser causa de interacción con la CVRS en estos pacientes (p < 0,05).

La aparición de episodios sintomáticos en los pacientes, en cualquiera de los tipos de FA, se asoció a un descenso de la puntuación de CVRS (peor CVRS) de los pacientes. Además, la frecuencia de aparición de los síntomas de FA tenía un impacto negativo en su CVRS. A mayor frecuencia de síntomas de FA, menor era la puntuación obtenida en el AF-QoL.

En cuanto al número de visitas realizadas a urgencias por causa cardíaca en el año anterior, se observó una correlación entre el número de visitas realizadas y un descenso de su CVRS en el caso de los pacientes con FA paroxística (r = -0,19; p = 0,04) y persistente (r = -0,4; p < 0,01).

Los pacientes con mejor capacidad funcional de la NYHA presentaban también mejor CVRS.

Finalmente, en cuanto a la puntuación del AF-QoL según la estrategia terapéutica utilizada (control de frecuencia, control de ritmo o ausencia de tratamiento), no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la CVRS en ningún tipo de FA.

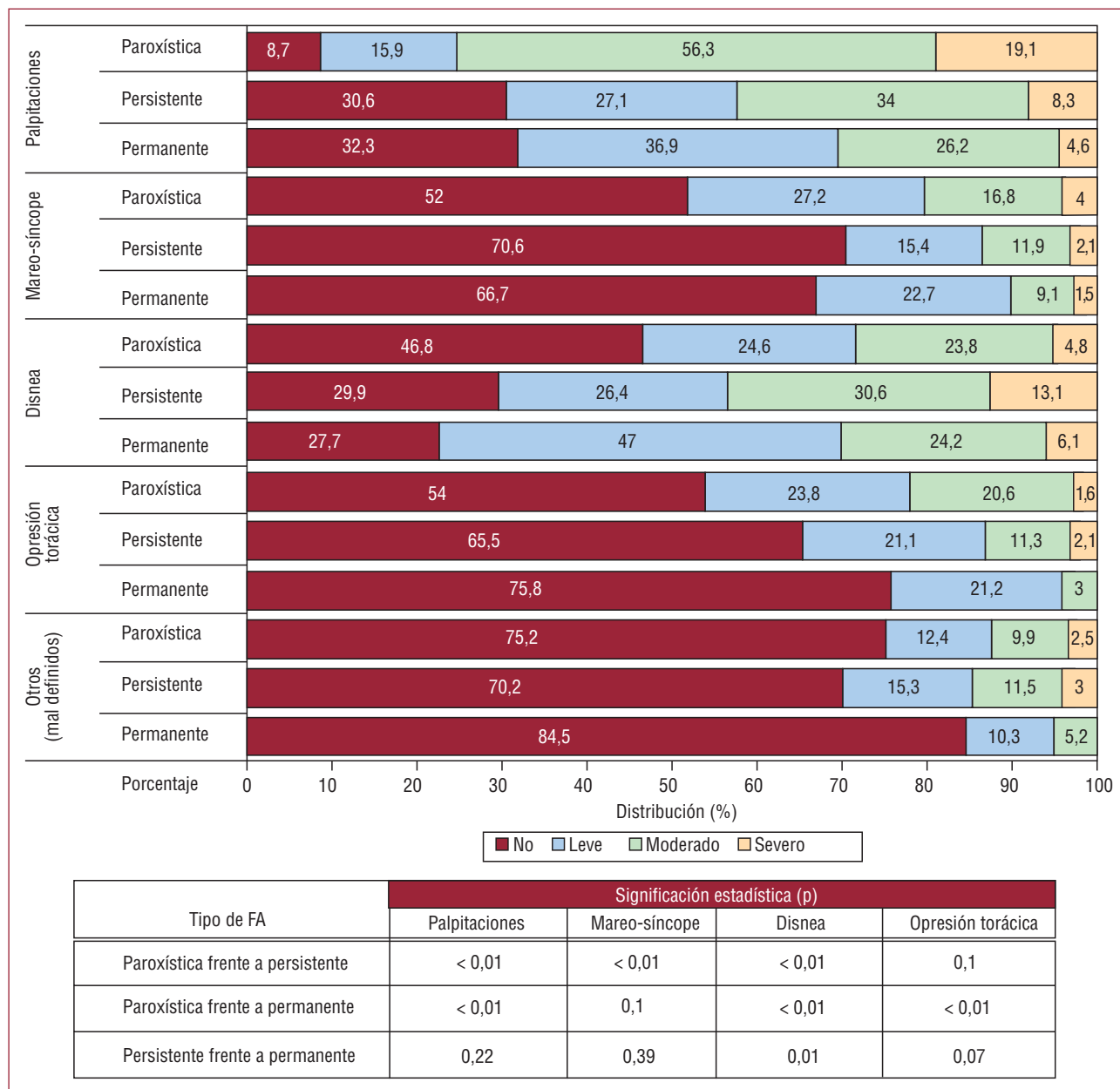


Fig. 1. Distribución de pacientes con fibrilación auricular en función de los síntomas asociados y el tipo de fibrilación auricular.

DISCUSIÓN

El uso del cuestionario específico AF-QoL ha permitido poner de manifiesto que la CVRS de los pacientes con FA no presenta diferencias según el tipo de FA. Únicamente en la dimensión psicológica del cuestionario se han apreciado diferencias en la puntuación del AF-QoL: los pacientes con FA permanente tendrían mejor CVRS en esta dimensión. Estas diferencias podrían ser atribuibles al importante factor psicológico que conlleva el modo de evolución de la enfermedad. En este sentido, se ha observado que un tercio de los pacientes con FA sufren altos niveles de depresión y ansiedad¹².

Cabe destacar que la mayoría de los pacientes incluidos pertenecían a los grupos de FA persistente y paroxística, mientras que llegaban al 20% los pacientes con FA permanente. Este hecho podría constituir una limitación del estudio, ya que no se llevó a cabo un cálculo previo del tamaño muestral para un análisis por tipo de FA (no se hizo estratificación previa de la muestra por tipos de FA) y se mantuvo el reclutamiento según la práctica clínica habitual. La escasa inclusión de pacientes con FA permanente podría deberse a que se deriva menos a estos pacientes, clínicamente estables, a los especialistas en arritmias, así como a su mayor edad (que puede hacerlos peores candidatos a la aplicación del

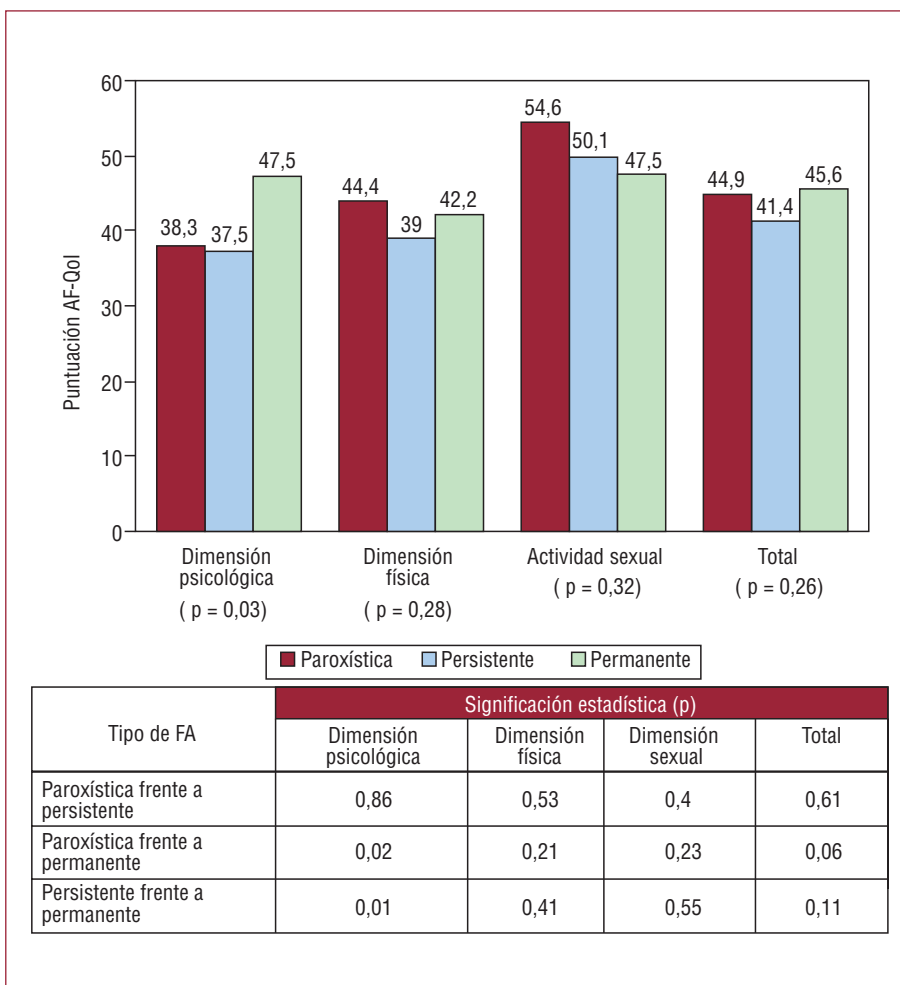


Fig. 2. Puntuaciones medias obtenidas en el cuestionario AF-QoL por los pacientes con fibrilación auricular.

TABLA 2. Significación obtenida del análisis multivariable realizado, tomando como variable dependiente la puntuación del cuestionario Atrial Fibrillation-Quality of Life

Variable (categoría de referencia)	Pacientes con FA							
	Dimensión psicológica		Dimensión física		Dimensión sexual		Total	
	β (IC)	p	β (IC)	p	β (IC)	p	β (IC)	p
Sexo (varones)	-1,3 (-0,9 a 6,4)	0,74	0,8 (-6,7 a 8,4)	0,83	-10,8 (-21 a -6)	0,04	-2,7 (-9,4 a 4)	0,43
Edad	0,1 (-0,2 a 0,4)	0,55	-0,1 (-0,4 a 0,1)	0,37	-0,3 (-0,7 a 0,1)	0,09	-0,1 (-0,3 a 0,1)	0,38
Tiempo de evolución de la FA	-0,6 (-1,3 a 0,02)	0,06	-0,6 (-1,2 a 0,1)	0,12	-0,4 (-1,3 a 0,4)	0,33	-0,5 (-1,1 a 0,1)	0,13
Enfermedades concomitantes (no)	0,3 (-15,9 a 16,5)	0,97	5,6 (-10,4 a 21,6)	0,49	-3,4 (-25 a 18,2)	0,76	3 (-11,8 a 17,7)	0,69
Dilatación de la AI (no)	4,9 (-11,2 a 21)	0,55	11 (-4,6 a 26,6)	0,16	-10,1 (-40 a 10,8)	0,34	6,6 (-7 a 20,2)	0,34
Disfunción sistólica del VI (no)	-25,4 (-56,1 a 5,4)	0,11	-19,8 (-54,8 a 15,1)	0,27	-17,1 (-56 a 21,9)	0,39	-13 (-43,4 a 12,4)	0,4
Cardiopatía estructural (no)	-2,5 (-10,5 a 5,6)	0,55	3,4 (-4,5 a 11,2)	0,4	9 (-1,6 a 19,7)	0,1	2,3 (-4,7 a 9,3)	0,52
Visitas a urgencias por causa cardíaca en el último año (no)	2,8 (-3,9 a 9,5)	0,41	8,5 (2 a 15)	0,01	6,2 (-2,5 a 15)	0,16	6 (0,2 a 11,7)	0,04
Clasificación de la NYHA (clase IV)								
Clase I	29,5 (-0,5 a 59,5)	0,05	47,9 (19,2 a 76,6)	< 0,01	32,6 (-5,6 a 70,7)	0,09	40,4 (15,6 a 65,2)	< 0,01
Clase II	24 (-6 a 53,9)	0,12	27 (-1,5 a 55,6)	0,06	24,2 (-13,9 a 62,3)	0,21	25,9 (1,2 a 50,6)	0,04
Clase III	17,4 (-14,1 a 48,9)	0,28	19 (-11 a 49,1)	0,21	25,3 (-14,9 a 65,5)	0,22	20,7 (-5,4 a 46,7)	0,12
Tipo de FA (permanente)								
Paroxística	-12,5 (-23,1 a -1,8)	0,02	-6,6 (-16,9 a 3,7)	0,21	-8,5 (-22,4 a 5,4)	0,23	-8,4 (-17,9 a 0,4)	0,06
Persistente	-13,2 (-23,2 a -3,1)	0,01	-4,1 (-13,8 a 5,6)	0,41	-3,9 (-16,9 a 9)	0,55	-6,9 (-15,6 a 1,6)	0,11

AI: aurícula izquierda; FA: fibrilación auricular; IC: intervalo de confianza; NYHA: New York Heart Association; VI: ventrículo izquierdo.

cuestionario) y al propio pronóstico de la enfermedad. La muestra incluida se calculó para asegurar los objetivos del estudio principal (validación del AF-QoL)¹⁶, y no para este subanálisis.

Los pacientes con FA permanente, además de ser los de mayor promedio de edad, fueron los que presentaron más tiempo desde el diagnóstico (6,8 años) y, por lo tanto, más tiempo de evolución de la enfermedad y probablemente mejor adaptación a ella. Los pacientes con enfermedad permanente pueden tener la percepción de que los síntomas se reducen o incluso desaparecen, sobre todo si son de edad avanzada¹⁷. En este sentido, las puntuaciones obtenidas en la dimensión psicológica del cuestionario AF-QoL indicarían que son precisamente los pacientes con FA permanente los que experimentan una mejor CVRS en este aspecto, debido a una mejor adaptación a su enfermedad¹⁸.

La aplicación del cuestionario AF-QoL y el análisis multivariable realizado a partir de sus puntuaciones permitieron poner de manifiesto que son los aspectos puramente clínicos y de adaptación a la enfermedad, y no el tipo de FA, lo que condiciona un impacto directo en la CVRS de los pacientes. La aparición de episodios sintomáticos de FA, tales como palpitaciones, mareo-síncope, disnea, etc., tendría, independientemente del tipo de FA, relación directa con un descenso de la CVRS de los pacientes, en concordancia con estudios similares en que se evaluó tanto la aparición de síntomas en pacientes con FA¹⁹ como su control^{4,5}.

Los pacientes con una FA de larga evolución —como es el caso de la FA permanente, que puede cursar de forma más estable, con menos episodios sintomáticos— serían los que tendrían mejor CVRS en su dimensión psicológica, debido a una disminución de la ansiedad asociada a esta enfermedad¹⁸. Puesto que, además, se ha observado que hay correlación entre el número de visitas a urgencias y el deterioro de la CVRS, a partir de las puntuaciones del AF-QoL se puede deducir que a mayor número de episodios sintomáticos de la enfermedad, como ocurre en los pacientes con FA paroxística, mayor es su impacto en el paciente y peor es la CVRS de este, especialmente considerando el aspecto psicológico.

La CVRS de los pacientes también se correlacionó con la clase funcional de la NYHA. De forma concordante con estudios previos, los pacientes que presentan una mejor clase funcional también tienen una mejor CVRS²⁰.

Finalmente, la estrategia de tratamiento no tuvo una relación directa con la CVRS en los pacientes con FA, independientemente del tipo de esta. Estos hallazgos estarían en consonancia con los resultados de los principales ensayos clínicos que compararon la estrategia de control de frecuencia con la

de control del ritmo en pacientes con FA, en los que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la CVRS según la estrategia terapéutica aplicada²¹⁻²³.

CONCLUSIONES

La CVRS en pacientes con FA es similar entre los tres tipos de esta arritmia. Sin embargo, los pacientes con FA permanente tienen menos afectada (mejor puntuación) la dimensión psicológica del cuestionario que los pacientes con FA paroxística o persistente.

Los pacientes con más síntomas, mayor número de visitas a urgencias y peor clase funcional fueron los que tenían más afectada la CVRS, que se reduce de forma significativa.

El cuestionario AF-QoL es una herramienta útil en la evaluación de la CVRS de los pacientes con FA, independientemente del tipo que sufran, ya que permite apreciar diferencias en la CVRS según las propias características clínicas de la enfermedad.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen el trabajo realizado y el compromiso adquirido por todos los centros, investigadores y pacientes que han participado en el estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. 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. *Circulation*. 2006;114:e257-354.
2. 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.
3. National Collaborating Centre for Chronic Conditions. Atrial fibrillation: national clinical guideline for management in primary and secondary care. London: Royal College of Physicians; 2006. Disponible en: <http://www.nice.org.uk>
4. Thrall G, Lane D, Carroll D, Lip GYH. Quality of life in patients with atrial fibrillation: a systematic review. *Am J Med*. 2006;119:448.e1-19.
5. Reynolds M, Ellis E, Zimetbaum P. Quality of life in atrial fibrillation: measurement tools and impact of interventions. *J Cardiovasc Electrophysiol*. 2008;19:762-8.
6. Hurst JW, Morris DC, Alexander RW. The use of the New York Heart Association's classification of cardiovascular disease as part of the patient's complete Problem List. *Clin Cardiol*. 1999;22:385-90.

7. Dagnes N, Nieuwlaat R, Vardas PE, Andresen D, Lévy S, Cobbe S, et al. Gender-related differences in presentation, treatment and outcome of patients with atrial fibrillation in Europe: a report from the Euro Heart Survey on Atrial Fibrillation. *J Am Coll Cardiol*. 2007;49:572-7.
8. Reynolds MR, Lavelle T, Essebag V, Cohen DJ, Zimetbaum P. Influence of age, sex and atrial fibrillation recurrence on quality of life outcomes in a population of patients with new-onset atrial fibrillation: The Fibrillation Registry Assessing Costs, Therapies, Adverse events and Lifestyle (FRACTAL) Study. *Am Heart J*. 2006;152:1097-103.
9. Hohnloser SH, Kuck KH, Lilienthal J. Rhythm or rate control in atrial fibrillation-Pharmacological Intervention in Atrial Fibrillation (PIAF): a randomised trial. *Lancet*. 2000;356:1789-94.
10. Hagens VE, Ranchor AV, Van Sonderen E, Bosker HA, Kamp O, Tijssen JG, et al. Effect of rate or rhythm control on quality of life in persistent atrial fibrillation. Results from the Rate Control Versus Electrical Cardioversion (RACE) study. *J Am Coll Cardiol*. 2004;43:241-7.
11. 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.
12. Kang Y, Bahler R. Health-related quality of life in patients newly diagnosed with atrial fibrillation. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2004;3:71-6.
13. Dorian P, Paquette M, Newman D, Green M, Connolly SJ, Talajic M, et al. Quality of life improves with treatment in the Canadian Trial of Atrial Fibrillation. *Am Heart J*. 2002;143:984-90.
14. Engelmann MD, Pehrson S. Quality of life in nonpharmacologic treatment of atrial fibrillation. *Eur Heart J*. 2003;24:1387-400.
15. Badia X, Arribas F, Ormaetxe JM, Peinado R, Sainz de los Terreros M. Development of a questionnaire to measure health-related quality of life (HRQoL) in patients with atrial fibrillation (AF-QoL). *Health Qual Life Outcomes*. 2007;5:37-44.
16. Arribas F, Ormaetxe JM, Peinado R, Perulero N, Ramírez P, Badia X. Validation of the AF-QoL, a disease-specific quality of life questionnaire for patients with atrial fibrillation. *Europace*. 2010;12:364-70.
17. Gómez CA. Manifestaciones clínicas y calidad de vida. *Rev Colomb Cardiol*. 2007;14 Supl 3:74-5.
18. Thrall G, Lip GYP, Carroll D, Lane D. Depression, anxiety, and quality of life in patients with atrial fibrillation. *Chest*. 2007;132:1259-64.
19. Kang Y. Relation of atrial arrhythmia-related symptoms to health-related quality of life in patients with newly diagnosed atrial fibrillation: A community hospital-based cohort. *Heart Lung*. 2006;35:170-7.
20. Parajón T, Lupón J, González B, Urrutia A, Altimir S, Coll R, et al. Aplicación en España del cuestionario sobre calidad de vida «Minnesota Living with Heart Failure» para la insuficiencia cardíaca. *Rev Esp Cardiol*. 2004;57:155-60.
21. Hohnloser SH, Kuck KH, Lilienthal J. Rhythm or rate control in atrial fibrillation-Pharmacological Intervention in Atrial Fibrillation (PIAF): a randomised trial. *Lancet*. 2000;356:1789-94.
22. Hagens VE, Ranchor AV, Van Sonderen E, Bosker HA, Kamp O, Tijssen JG, et al. Effect of rate or rhythm control on quality of life in persistent atrial fibrillation. Results from the Rate Control Versus Electrical Cardioversion (RACE) study. *J Am Coll Cardiol*. 2004;43:241-7.
23. 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.

ANEXO 1. Centros que participaron en el estudio

Clínica Universitaria de Navarra (Dr. I. García)
 Complejo Hospitalario de León (Dra. M. Fidalgo)
 Fundación Jiménez Díaz (Dr. J.M. Rubio)
 Hospital 12 de Octubre (Dr. R. Salguero)
 Hospital Central de Asturias (Dr. J.M. Rubin, Dr. N. Pachón)
 Hospital Clínic i Provincial de Barcelona (Dr. L. Mont, Dra. M. Matiello)
 Hospital Clínico de Valladolid (Dr. J. Rubio)
 Hospital Clínico San Carlos (Dr. J. Villacastín, Dra. M.J. García)
 Hospital Clínico Universitario de Salamanca (Dr. C. Ledesma)
 Hospital de Basurto (Dra. M.F. Arcocha)
 Hospital de Bellvitge (Dr. X. Sabaté)
 Hospital de Fuenlabrada (Dr. A. Curcio)
 Hospital de Navarra (Dr. J.R. Carmona, Dra. N. Basterra, Dr. J. Martínez)
 Hospital General de Especialidades de Jaén (Dr. M.A. Arias)
 Hospital General de Valencia (Dr. A. Quesada)
 Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Dr. A. Arenal, Dr. L. Atea)
 Hospital Insular de Gran Canaria (Dra. O. Medina)
 Hospital Juan Canalejo (Dra. L. Pérez, Dr. R. Nicolás)
 Hospital Juan Ramón Jiménez (Dr. R. Barba, Dr. H. González)
 Hospital La Paz (Dra. E. Macía)
 Hospital Ntra. Sra. de la Candelaria (Dr. J. Hernández, Dr. R. Romero)
 Hospital Puerta de Hierro (Dr. I. Fernández, Dr. J.M. Escudier)
 Hospital Ramón y Cajal (Dr. A. Hernández, Dr. R. Matia)
 Hospital Son Dureta (Dra. C. Expósito)
 Hospital Universitario de Canarias (Dr. A. Rodríguez)
 Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Dr. L. Tercedor, Dra. I. Almansa, Dra. R. Peñas, Dra. M. Figueras)
 Hospital Virgen Macarena (Dr. E. Díaz, Dr. M. Pavón)
 Hospital Virgen de la Salud (Dr. E. Castellanos, Dr. A. Puchol)
 Hospital Virgen del Rocío (Dr. G. Barón, Dra. L. García)