DIFERENCIAS SEGÚN SEXO EN LA SINTOMATOLOGÍA Y LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR SOMETIDOS A UNA ABLACIÓN POR CATETERISMO

SEX DIFFERENCES IN SYMPTOM BURDEN AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION REFERRED FOR CATHETER ABLATION

Autores

Alba Cano-Valls[1], Esther Carro[1]

[1] Enfermera Sección de electrofisiología y estimulación cardíaca, Hospital Clínic de Barcelona.

DOI: https://doi.org/10.59322/94.2333.FW5

Dirección para correspondencia
Alba Cano-Valls, MSc, RN, PhD-Student, Sección de electrofisiología y estimulación cardíaca, Hospital Clínic de Barcelona. C/Villarroel 170 08028 Barcelona, España

Correo electrónico
cano@clinic.cat

RESUMEN

- **Introducción:** La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente y se asocia a una importante carga sintomática y deterioro de la calidad de vida (CdV). La presencia de síntomas y su impacto funcional constituyen una de las principales indicaciones para la ablación con catéter. Sin embargo, existe escasa evidencia sobre posibles diferencias según sexo en estos pacientes.
- **Objetivo:** Describir la sintomatología y la CdV según sexo en pacientes con FA remitidos para ablación con catéter.
- **Métodos:** Estudio prospectivo, transversal y unicéntrico realizado en un hospital de tercer nivel entre enero/2021 y marzo/2022. Los pacientes evaluados en consulta preablación completaron el cuestionario ASTA *(Arrhythmia-Specific Questionnaire in Tachycardia and Arrhythmia)*, instrumento validado para evaluar síntomas y CdV en arritmias y se analizaron las diferencias según sexo. Se consideró significativa una $p < 0,05$.
- **Resultados:** Se incluyeron 110 pacientes (60±11 años), de los cuales el 32% eran mujeres. Las mujeres presentaron mayor intensidad sintomática (8,8±5,8 vs. 6,2±4,9; p=0,024) y peor CdV (14,4±9,2vs.9,4±7,5; p=0,006), con diferencias significativas en los dominios físico (p=0,004) y mental (p=0,022). La frecuencia y duración de los episodios arrítmicos fueron similares entre sexos.
- **Conclusión:** Aunque representan una menor proporción de los pacientes remitidos para ablación, las mujeres presentan mayor carga sintomática y peor CdV relacionada con la FA. Estos hallazgos subrayan la importancia de incorporar la perspectiva de sexo en la evaluación clínica y pueden contribuir a orientar decisiones terapéuticas más individualizadas en el manejo de estos pacientes.

Palabras clave: Fibrilación auricular, Ablación por catéter, Calidad de vida, Síntomas, Cuidados de enfermería, Encuestas y cuestionarios.

ABSTRACT

- **Introduction:** Symptom burden and its impact on quality of life are among the main indications for catheter ablation in patients with atrial fibrillation (AF). However, evidence regarding sex-related differences in symptom perception and quality of life (QoL) among patients referred for ablation remains limited in our setting.
- **Objective:** To describe symptom burden and QoL according to sex in patients with AF referred for catheter ablation
- **Methods:** A prospective, cross-sectional, single-center study was conducted, including patients with AF evaluated in a specialized pre-ablation nursing clinic between January/2021 and March/2022. One week before the procedure, patients completed the Spanish validated version of the Arrhythmia-Specific Questionnaire in Tachycardia and Arrhythmia (ASTA). Sex-related differences in symptom intensity, characteristics of arrhythmic episodes, and quality of life were analyzed. Results are presented as mean ± standard deviation, and comparisons were performed using chi-square or Student's t-test.
- **Results:** A total of 110 patients (60 ± 11 years) were included, 32% of whom were women. Women reported a higher symptom burden (8.8±5.8 vs. 6.2±4.9; p=0.024) and worse overall QoL (14.4±9.2 vs. 9.4±7.5; p=0.006) compared with men, with significant differences in both physical (p=0.004) and mental domains (p=0.006). No significant differences were observed in the frequency or duration of AF episodes between sexes.
- **Conclusion:** Women represent a minority of patients referred for AF ablation; nonetheless, they experience greater symptom burden and poorer perceived QoL. These findings highlight the importance of integrating sex-specific considerations into clinical assessment and therapeutic decision-making.

Keywords: Atrial Fibrillation, Catheter Ablation, Quality of Life, Symptoms, Sex Differences, Nursing Care, Health Questionnaires

Introducción

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia cardíaca más prevalente en la práctica clínica y representa un importante problema de salud pública. Se estima que afecta aproximadamente al 2–4% de la población adulta, con una prevalencia creciente debido al envejecimiento poblacional y al aumento de los factores de riesgo cardiovasculares.[1] La FA se asocia a un mayor riesgo de ictus, insuficiencia cardíaca y mortalidad, así como a una importante carga sintomática que puede afectar significativamente a la calidad de vida (CdV) de los pacientes.[2] Estudios realizados en Polonia y Japón han demostrado que la FA puede afectar de forma significativa a las actividades de la vida diaria, al bienestar emocional y al funcionamiento social de los pacientes, aspectos que han adquirido un papel creciente en la evaluación de los resultados clínicos.[3,4] La ablación pon catéter se ha consolidado como una estrategia terapéutica eficaz para el tratamiento de la FA cuando el tratamiento farmacológico resulta insuficiente o mal tolerado. Este procedimiento consiste en la aplicación de energía mediante catéteres intracardíacos con el objetivo de aislar eléctricamente las venas pulmonares o modificar los sustratos arrítmicos responsables de la arritmia. Entre las principales indicaciones para la ablación con catéter de la FA se encuentran la persistencia de síntomas y el impacto negativo de la arritmia sobre la CdV de los pacientes.[1]

En este contexto, la valoración clínica previa y el seguimiento posterior al procedimiento desempeñan un papel fundamental, en el que la enfermería especializada participa activamente mediante la evaluación de síntomas, la educación terapéutica y el acompañamiento del paciente durante el proceso asistencial. Esta valoración integral permite identificar el impacto de la arritmia en la vida cotidiana del paciente y orientar la toma de decisiones terapéuticas.

La incidencia acumulada de FA aumenta de forma progresiva con la edad, observándose un incremento a partir de los 50 años en los hombres y de los 60 años en las mujeres; sin embargo, el riesgo estimado de desarrollar FA a lo largo de la vida es similar en ambos sexos, alrededor del 30%.[5,6] A pesar de esta prevalencia comparable, diversos estudios han descrito diferencias según sexo en la presentación clínica, la carga sintomática, la percepción de CdV y las estrategias terapéuticas aplicadas en pacientes con FA.[7,8]

No obstante, existe una laguna de conocimiento en relación con la percepción de los síntomas y la CdV en pacientes de nuestro entorno, especialmente en aquellos remitidos para ablación con catéter, desde una perspectiva diferenciada por sexo. El reconocimiento de estas diferencias podría contribuir a una evaluación clínica más precisa y a la implementación de estrategias terapéuticas y de cuidados más personalizadas.

Objetivos

Analizar la sintomatología y CdV según sexo en pacientes con FA que van a ser sometidos a ablación con catéter en un hospital de tercer nivel, durante el periodo comprendido desde enero/2021 hasta marzo/2022.

Objetivos específicos:

- Identificar las características de los episodios sintomáticos de la FA (frecuencia, duración e intensidad) según sexo.
- Determinar la CdV de los pacientes sometidos a ablación de FA en función del sexo.
- Conocer el impacto de la FA sobre los aspectos mentales y físicos de la CdV según sexo.

Métodos

Diseño y tipo de estudio

Se realizó un estudio prospectivo, transversal y unicéntrico entre enero/2021 y marzo/2022 en el Hospital [blinded] de Barcelona (España)El diseño y la presentación de

los resultados siguieron las recomendaciones de la guía Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology (STROBE) para estudios observacionales[9] y las directrices SAGER para la investigación con perspectiva de sexo y género.[10]

Muestra y tipo de muestreo

El tamaño muestral fue de 110 participantes. Se estimó inicialmente para detectar un tamaño del efecto pequeño (d = 0,2), con una potencia estadística del 80% y un nivel de confianza del 95%, utilizando el software G*Power 3.1. El análisis de potencia se realizó de forma *post hoc*.

Participantes y criterios de inclusión y exclusión

Mediante un muestreo aleatorio simple, se incluyeron de forma consecutiva a todos aquellos pacientes con FA programados para una ablación por cateterismo y que fueron evaluados previamente en la consulta enfermera especializada de la unidad de electrofisiología de nuestro centro.

Se incluyeron también pacientes con FA asintomática y de larga duración con el objetivo de identificar aquellos casos en los que la arritmia tuviera un impacto limitado en la vida cotidiana. Se excluyeron los pacientes sometidos a ablación urgente y aquellos con dificultades para comprender el idioma castellano.

Variables

Se recogieron variables descriptivas de la población (sexo, edad, medicación habitual y patrón de FA: paroxística, persistente o permanente). Asimismo, se analizó la presencia de posibles factores desencadenantes (tales como cansancio, sobre-esfuerzo, estress o el consumo de alcohol) de los episodios de FA referidos por los pacientes.

Las variables relacionadas con los síntomas incluyeron intensidad, frecuencia, duración y tipo de manifestación clínica (palpitaciones, dolor torácico, síncope, presíncope, fatiga y disnea).

La CdV se evaluó en los dominios físico y mental. El dominio físico incluyó ítems relacionados con la limitación funcional y el impacto de la arritmia en la vida cotidiana, tales como la incapacidad para realizar actividades de la vida diaria, la reducción de la capacidad física, la alteración del sueño y la afectación de la vida sexual. El dominio mental evaluó aspectos emocionales, cognitivos y de percepción de la enfermedad, incluyendo la dificultad para la concentración, la presencia de sentimientos de tristeza, irritabilidad o enfado, el miedo a morir, la preocupación por la recurrencia de los síntomas en periodos sin arritmia y la percepción global de deterioro de la vida. Asimismo, se exploró el impacto social de la arritmia a través de ítems relacionados con la reducción del tiempo dedicado a la familia, amigos o conocidos, así como la evitación de la planificación de actividades lúdicas o laborales.

Intrumento de medición

Se utilizó el cuestionario ASTA *(Arrythmia-specific questionnaire in tachycardia and Arrythmia)* en su versión validada en español.[11] El mismo instrumento evalúa tanto la carga de sintomatología como la auto-percepción de CdV.[12,13] **(Disponible en el material suplementario).** El cuestionario consta de tres bloques:

- ASTA-I: Recoge información descriptiva sobre la frecuencia y duración de los episodios arrítmicos.
- ASTA-II: Evalúa la intensidad de los síntomas mediante una escala Likert de 0 (ausencia) a 3 (máxima intensidad), donde una mayor puntuación indica mayor carga sintomática.
- ASTA-III: Evalúa el impacto de la FA sobre la CdV a través de 13 ítems, de los cuales 7 corresponden al dominio físico y 6 al dominio mental. Puntuaciones más altas reflejan peor CdV.

Recogida de datos

Una semana antes de la ablación, los pacientes completaron el cuestionario ASTA

en formato papel durante la visita a la consulta de la enfermera. Se garantizó la privacidad y confidencialidad durante la cumplimentación para fomentar la libre expresión. El análisis de los datos fue realizado por investigadores que no participaron directamente en la recogida de la información.

Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó mediante IBM SPSS Statistics *(v.26)*. Las variables categóricas se describieron como frecuencias y porcentajes, y las variables continuas como media y desviación estándar. La normalidad se evaluó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Para la comparación entre grupos se utilizaron las pruebas de chi-cuadrado o t- Student según correspondiera. Se estableció un nivel de significación estadística de $p < 0,05$.

Áspectos éticos

El estudio fue aprobado por el comité de étoca de investicagión (CEI) del Hospital [Blinded] de Barcelona (código de dictamen HCB/2022/0495). Dado que no se recogieron datos identificativos de los participantes y que la información se obtuvo de forma anónima mediante cuestionarios, el comité ético consideró que no era necesario solicitar consentimiento informado por escrito. Todos los procedimientos se realizaron de acuerdo con los principios éticos de la Declaración de Helsinki y la normativa vigente en materia de protección de datos.

Resultados

Los resultados se estructuran de acuerdo con los objetivos del estudio. En primer lugar, se describen las características basales y las variables relacionadas con los episodios de FA. Posteriormente, se analizan las diferencias según sexo en la intensidad de la sintomatología y, finalmente, se presentan los resultados correspondientes a la CdV y por dominios específicos.

Datos descriptivos

Se incluyeron 110 pacientes (60±11 años), de los que 35 (32%) eran mujeres. El análisis de la parte ASTA-I muestra que la frecuencia (p=0,24) y duración (p=0,35) de los episodios fueron similares en ambos sexos. (Ver ***Gráfico 1 y 2***) La percepción de las palpitaciones fue similar en hombres y mujeres (p=0,56). (Ver ***Gráfico 3)*** El pre-síncope fue manifestado por un 8% de los hombres y un 33% de las mujeres (p= 0,001) y el síncope en un 6% de los hombres y un 27% de las mujeres (p=0,002). Un total de 16% de los hombres manifestó relacionar los episodios de FA con un factor desencadenante, mientras que en las mujeres fue un 40% (p=0,009). (Ver ***Tabla 1***)

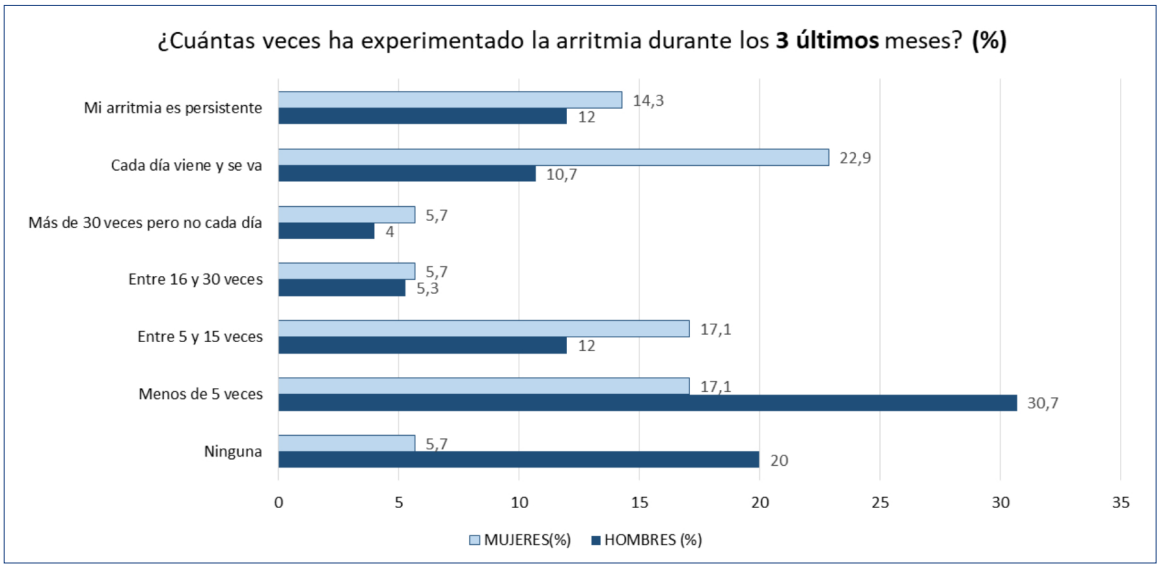


Gráfico 1. Frecuencia representada en porcentajes de los episodios de FA manifestados según sexo, en los últimos 3 meses.

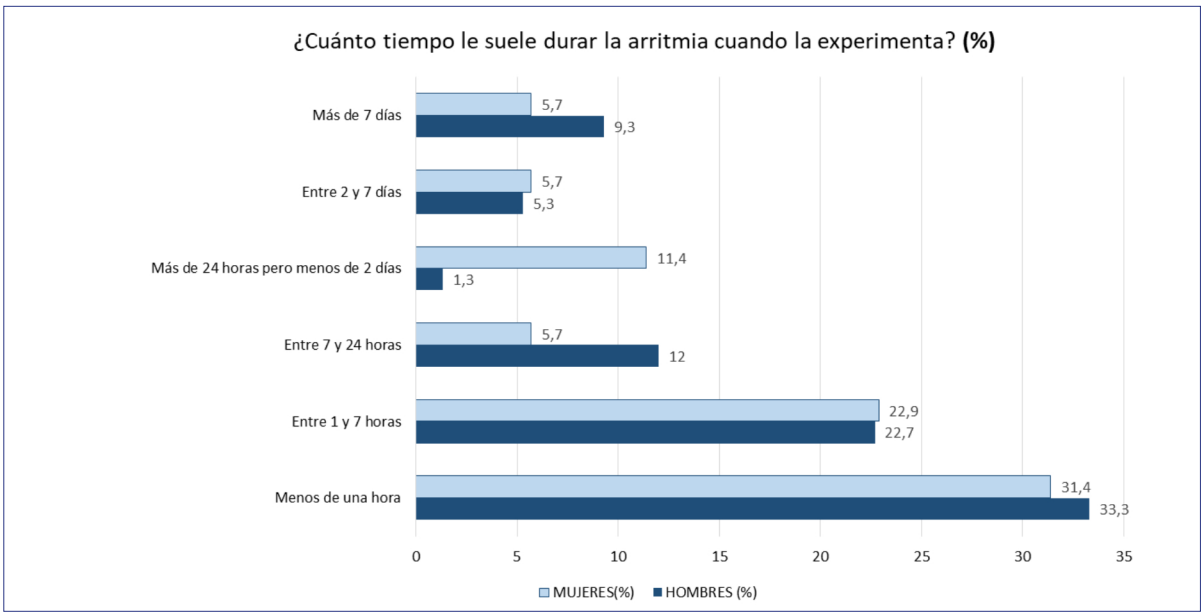


Gráfico 2. Duración de los episodios de FA manifestado por hombres y mujeres expresado en porcentajes.

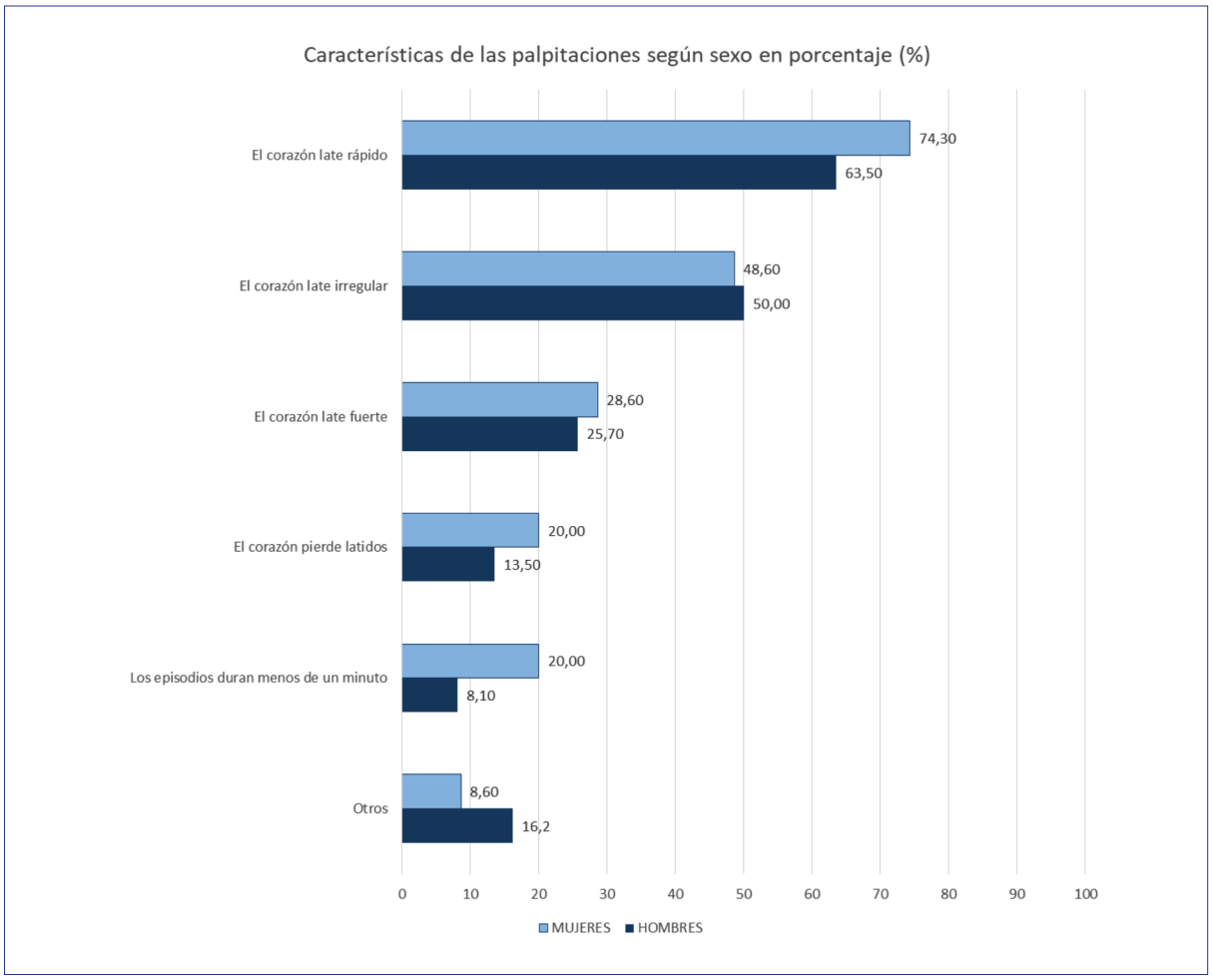


Gráfico 3. Características de las palpitaciones según los pacientes que experimentan los episodios de FA, presentado en porcentajes y según sexo.

Descripción de los Síntomas

Las mujeres presentaron más frecuentemente disnea en reposo (53% vs 28%, p=0,02), debilidad (78% vs 59%, p=0,003), cansancio (91% vs 71%, p=0,004), dolor torácico (37% vs 14%, p=0,04), síncope (27% vs 6%, p= 0,002) y pre-síncope (33% vs 8%, p=0,001) que los hombres. No hubo diferencias significativas entre ambos sexos en la presentación de disnea durante el ejercicio (mujeres 74% vs hombres 59%, p=0,22), mareo (mujeres 58% vs hombres 35%, p=0,17), presión torácica (mujeres 45% vs hombres 25%, p=0,26) o ansiedad (mujeres 79% vs hombres 75%, p=0,06). La incidencia de diaforesis fue superior en los hombres (mujeres 14% vs hombres 27%, p=0,37). (Ver ***Tabla 1)***

La puntuación del cuestionario ASTA-II sobre la intensidad de la sintomatología fue en hombres 6,2±4,9 puntos y en mujeres de 8,8±5,8 puntos (p=0,02). (Ver ***Tabla 2)***

Percepción de la Calidad de vida

La puntuación total en calidad de vida del cuestionario ASTA fue de 9,4±7.5 puntos en hombres y 14,4±9,2 puntos en mujeres (p=0,006), con diferencias significativas entre sexos en los aspectos físicos (hombres 5,3±4,4 puntos, mujeres 8,2±5 puntos, p=0,004) y mental (hombres 4,1±3,8, mujeres 6,2±4,5, p=0,02). (Ver ***Tabla 2).***

Hallamos un mayor impacto en las mujeres respecto a los hombres en la incapacidad de realizar las actividades de la vida diaria (85% vs 54%, p= 0,001), percepción de deterioro de la vida (81% vs 71%, p= 0,03), planificación de actividades lúdicas o laborales (82% vs 61%, p= 0,01), capacidad física (88% vs 82%, p= 0,02), capacidad de concentración (61% vs 46%, p= 0,02), sentimiento de tristeza (72% vs 48%, p= 0,01) o enfado (50% vs 44%, p= 0,006) y preocupación de recaídas en periodos sin arritmia (87% vs 74%, p= 0,04).

Tabla 1.

Porcentajes de presentación de síntomas de los eventos arrítmicos y auto-percepción de calidad de vida de los pacientes con FA según sexo.

Presentación de los síntomas de los eventos arrítmicos de FA según sexo			
Ítems ASTA-II	**HOMBRES n(%)**	**MUJERES n(%)**	**P-VALOR**
Disnea durante el ejercicio	44 (59%)	26 (74%)	0,22
Disnea en reposo	21 (28%)	19 (53%)	**0,02**
Mareo	26 (35%)	20 (58%)	0,17
Sudor frío	20 (27%)	5 (14%)	0,37
Debilidad	44 (59%)	27 (78%)	**0,003**
Cansancio	53 (71%)	32 (91%)	**0,004**
Dolor torácico	11 (14%)	13 (37%)	**0,04**
Presión torácica	19 (25%)	16 (45%)	0,26
Ansiedad	56 (75%)	28 (79%)	0,06
Triggers	12 (16%)	14 (40%)	**0,009**
Pre-síncope	6 (8%)	12 (33%)	**0,001**
Síncope	5 (6%)	9 (27%)	**0,002**

Percepción de la calidad de vida relacionado con la FA según sexo				
Ítems ASTA-II	**Dominio**	**HOMBRES n(%)**	**MUJERES n(%)**	**P-VALOR**
Incapacidad para realizar actividades de la vida diaria	Física	41 (54%)	30 (85%)	**0,001**
Pasar menos tiempo con familia o amigos		17 (23%)	13 (36%)	0,16
Pasar menos tiempo con conocidos		17 (23%)	14 (39%)	0,79
Evitar planificar actividades		46 (61%)	29 (82%)	**0,014**
Afectación en la capacidad física		62 (82%)	31 (88%)	**0,022**
Afectación en la vida sexual		28 (37%)	13 (36%)	0,39
Deterioro de la vida		53 (71%)	28 (81%)	**0,028**
Afectación en la capacidad de concentración	Mental	35 (46%)	21 (61%)	**0,023**
Sentimiento de tristeza		36 (48%)	25 (72%)	**0,012**
Sentimiento de ira o enfado		33 (44%)	18 (50%)	**0,006**
Afectación en el sueño		28 (37%)	19 (53%)	0,08
Miedo a morir		41 (54%)	18 (50%)	0,97
Preocupación por recurrencia de síntomas		55 (73%)	30 (87%)	**0,4**

Tabla 2

Puntuación total del cuestionario ASTA-II (intensidad de la sintomatología) y ASTA-III (percepción de la calidad de vida), también diferenciado según dominio específico de afectación mental o física.

PUNTUACIÓN FINAL ASTA	SEXO	$\bar{x}$ ± SD	P-VALOR
Total Síntomas	Hombre	6,2 ± 4,9	0,024
	Mujer	8,8 ± 5,8	
Calidad de vida, FÍSICA	Hombre	5,3 ± 4,4	0,004
	Mujer	8,2 ± 5	
Calidad de vida, MENTAL	Hombre	4,1 ± 3,8	0,022
	Mujer	6,2 ± 4,5	
Total Calidad de vida	Hombre	9,4 ± 7,5	0,006
	Mujer	14,4 ± 9,1	

No hubo diferencias significativas en las preguntas sobre la percepción de pasar menos tiempo en familia o amigos (mujeres 36% vs hombres 23%, p= 0,79) o con conocidos (mujeres 39% vs hombres 23%, p= 0,79) y en la afectación del sueño (mujeres 53% vs hombres 37%, p= 0,08). Existe más miedo a morir y la afectación sexual en los hombres que en las mujeres (54% y 37% en hombres y 36% y 50% en mujeres, p= 0,39 y p=0,9 respectivamente). (Ver ***Tabla 1)***

Discusión

Los principales hallazgos de este estudio muestran que, a pesar de que las mujeres representan una proporción menor de los pacientes remitidos para ablación de FA, presentan una mayor carga sintomática y una peor percepción de la CdV en comparación con los hombres. Este resultado sugiere un posible desacoplamiento entre las características objetivas de los episodios arrítmicos y la percepción subjetiva de su impacto en la vida cotidiana. Estas diferencias se observaron tanto en la puntuación global del cuestionario ASTA como en los dominios físico y mental, lo que sugiere un impacto más amplio de la FA sobre la vida diaria de las mujeres. Este patrón se ha descrito de forma consistente en estudios previos realizados en poblaciones remitidas para ablación, donde las mujeres presentan mayor sintomatología, peor CdV basal y mayor afectación emocional, a pesar de características objetivas similares de la arritmia.[8,14,15] Nuestros resultados concuerdan con los obtenidos en el ensayo AXAFA-AFNET 5[16], en el que las mujeres mostraron una peor CdV basal y mayor carga sintomática antes de la ablación, aunque la mejoría posterior en CdV y función cognitiva fue comparable entre sexos. Estos datos refuerzan la idea de que la ablación con catéter es una opción terapéutica eficaz también en mujeres con FA sintomática.

Un aspecto relevante de nuestros hallazgos es que, aunque la frecuencia y duración de los episodios de FA fueron similares entre sexos, las mujeres reportaron una mayor intensidad de los síntomas y un mayor impacto en múltiples dimensiones de la CdV. Este desacoplamiento entre parámetros clínicos objetivos y experiencia subjetiva de la enfermedad refuerza el papel de los resultados percibidos por los pacientes (*patient-reported outcome measures, PROMs*) como herramientas esenciales en la evaluación clínica. La evaluación basada exclusivamente en síntomas puede ser insuficiente para guiar la toma de decisiones terapéuticas y defienden la incorporación sistemática de PROMs dentro de un modelo de atención integral y centrado en el paciente, tal como recomiendan las guías actuales de manejo de la FA .[17,18]

La evidencia disponible también sugiere que las mujeres con FA reciben con mayor frecuencia estrategias terapéuticas más conservadoras, con menor uso de control del ritmo (cardioversión eléctrica, cirugía de COX-MAZE y ablación por cateterismo) y que llegan a ellas a edades más añosas, fomentando estas desigualdades de forma consistente.[19,20]

Más allá de las diferencias biológicas, nuestros resultados invitan a reflexionar sobre la distinción entre sexo y género en la experiencia de la FA. Es importante diferenciar entre los conceptos de sexo y género. El sexo hace referencia a las características biológicas que distinguen a hombres y mujeres, mientras que el género engloba

los roles sociales, culturales y económicos asociados a cada uno. Si bien el sexo biológico puede influir en aspectos fisiopatológicos y farmacológicos,[21,22] cada vez existe mayor evidencia de que muchas de las desigualdades observadas en la CdV, el acceso a tratamientos avanzados, los tiempos de derivación y la adherencia terapéutica podrían estar más relacionadas con factores de género.[23] La revisión narrativa de Zhou et al. destaca que determinantes socioeconómicos como el nivel educativo, los ingresos, el rol social y el contexto familiar influyen de manera diferente en hombres y mujeres a lo largo del curso de la FA, y que estos factores rara vez se analizan de forma estratificada por sexo o mediante análisis de interacción.[24]

En este sentido, factores tradicionalmente asociados al género femenino (papel de cuidadora principal, empleos más precarios, menor autonomía económica, mayor prevalencia de soledad en edades avanzadas, una mayor normalización del malestar y somatización de la ansiedad y depresión) podrían contribuir a una mayor percepción de impacto de la FA sobre la vida diaria y el bienestar emocional. Asimismo, estas circunstancias pueden influir en la forma en que las mujeres expresan los síntomas, buscan atención sanitaria o priorizan su propia salud frente a responsabilidades familiares, lo que podría retrasar decisiones terapéuticas o condicionar la adherencia a los tratamientos. La falta de integración sistemática de estas dimensiones de género en la investigación clínica limita la comprensión global de las diferencias observadas y subraya la necesidad de enfoques más amplios y sensibles al contexto social.

Desde la perspectiva de enfermería, estos hallazgos refuerzan el valor de una consulta especializada en arritmias para ofrecer a los pacientes con FA una valoración integral y longitudinal que incorpore tanto variables clínicas como PROMS y factores contextuales. La utilización de instrumentos específicos como el ASTA permite identificar áreas de impacto que no siempre emergen en la evaluación médica convencional y puede facilitar intervenciones educativas, de apoyo emocional y de acompañamiento más ajustadas a las necesidades individuales, especialmente en mujeres con FA.En conjunto, los resultados de este estudio refuerzan la necesidad de incorporar la perspectiva de género en la investigación y en el manejo clínico de la FA de forma sistemática. Comprender mejor las diferencias en la experiencia de la enfermedad puede contribuir a desarrollar estrategias de evaluación y tratamiento más equitativas y personalizadas, orientadas no solo a controlar la arritmia, sino también a mejorar la CdV de los pacientes.

Limitaciones y sesgos

No obstante, el estudio presenta algunas limitaciones. El tamaño muestral y la distribución desigual por sexos limitan la potencia estadística y la generalización de los resultados, por lo que estos deben interpretarse con cautela. El diseño transversal impide establecer relaciones causales y no permite evaluar la evolución de la CdV tras la ablación.

Conclusión

El presente estudio permitió analizar, desde una perspectiva diferenciada por sexo, la sintomatología y la CdV en pacientes con FA candidatos a ablación por catéter. En relación con los objetivos planteados, se constató que, aunque la frecuencia y duración de los episodios arrítmicos no difirieron significativamente entre hombres y mujeres, sí existen diferencias relevantes en la intensidad de los síntomas y en la percepción del impacto de la enfermedad. Los resultados obtenidos en el presente estudio pueden sugerir intervencioes socioeducativas en enfermería en este tipo de pacientes enfocadas a su autocuidado.

De manera específica, las mujeres presentaron mayor carga sintomática, con predominio de síntomas como disnea en reposo, debilidad, cansancio, dolor torácico, síncope y pre-síncope, así como una mayor identificación de factores desencadenantes. Asimismo, se observó un dete-

rioro significativamente mayor en la CdV, tanto en el dominio físico como en el mental, evidenciado por una mayor limitación en actividades de la vida diaria, menor capacidad física, mayor afectación emocional y mayor preocupación por la recurrencia de los episodios.

Estos hallazgos sugieren que la experiencia subjetiva de la FA no depende exclusivamente de parámetros clínicos objetivos, sino que está influenciada por factores biológicos, psicosociales y posiblemente de género, que condicionan la forma en que la enfermedad es percibida y vivida. La discrepancia entre características arrítmicas similares y una mayor afectación reportada por las mujeres refuerza la necesidad de incorporar sistemáticamente de PROMs en la valoración preablación.

Desde la perspectiva asistencial, especialmente en el ámbito de la enfermería especializada, estos resultados subrayan la importancia de realizar una valoración integral que contemple no solo la carga arrítmica, sino también el impacto emocional, funcional y social de la enfermedad. Integrar la perspectiva de sexo en la evaluación clínica puede contribuir a una toma de decisiones más equitativa, a estrategias de educación terapéutica personalizadas y a un acompañamiento más ajustado a las necesidades reales de cada paciente.

Finalmente, dado el tamaño muestral y el diseño transversal del estudio, se requieren investigaciones multicéntricas y longitudinales que permitan confirmar estos resultados y explorar la evolución de la CdV tras la ablación, así como el papel de los determinantes sociales y de género en la experiencia de la FA. Incorporar estas dimensiones será clave para avanzar hacia modelos de atención verdaderamente centrados en la persona y sensibles a las diferencias según sexo.

- Conflicto de intereses: ninguno.
- Este trabajo no ha recibido financiación.

Bibliografía

1. Van Gelder IC, Rienstra M, Bunting K V, Casado-Arroyo R, Caso V, Crijns HJGM, et al. *2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS).* Eur Heart J [Internet]. 2024;1–101. Available from: https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae176
2. Freedman B, Hindricks G, Banerjee A, Baranchuk A, Ching CK, Du X, et al. *World Heart Federation roadmap on atrial fibrillation – A 2020 update.* Glob Heart [Internet]. 2021;16(1):1–36. Available from: https://doi.org/10.5334/gh.1023
3. Sławuta A, Jacek P, Mazur G, Jankowska-Polańska B. *Quality of life and frailty syndrome in patients with atrial fibrillation.* Clin Interv Aging. 2020;15:783–95.
4. Ikemura N, Kohsaka S, Kimura T, Ueda I, Katsumata Y, Nishiyama T. *Assessment of Sex Differences in the Initial Symptom Burden, Applied Treatment Strategy , and Quality of Life in Japanese Patients With Atrial Fibrillation.* JAMA Netw Open. 2019;2(3):e191145.
5. Magnussen C, Niiranen TJ, Ojeda FM, Gianfagna F, Blankenberg S, Njølstad I, et al. *Sex differences and similarities in atrial fibrillation epidemiology, risk factors, and mortality in community cohorts: Results from the biomarcare consortium (Biomarker for cardiovascular risk assessment in Europe).* Circulation. 2017;136(17):1588–97.
6. Brundel B, Seldin MM, Kavousi M. *Differences in Epidemiology and Risk Factors for Atrial Fibrillation Between Women and Men.* Front Cardiovasc Med | www.frontiersin.org [Internet]. 2020 [cited 2021 Dec 1];1. Available from: www.frontiersin.org
7. Walfridsson H, Walfridsson U, Cosedis Nielsen J, Johannessen A, Raatikainen P, Janzon M, et al. *Radiofrequency ablation as initial therapy in paroxysmal atrial fibrillation: Results on health-related quality of life and symptom burden.* The MANTRA-PAF trial. Europace. 2015;17(2):215–21.
8. Walfridsson U, Steen Hansen P, Charitakis E, Almroth H, Jönsson A, Karlsson LO, et al. *Gender and age differences in symptoms and health-related quality of life in patients with atrial fibrillation referred for catheter ablation.* PACE - Pacing Clin Electrophysiol [Internet]. 2019;42(11):1431–9. Available from: https://doi.org/10.1111/pace.13795
9. Elm E von, Altman DG, Eggera M, Pocock SJ, Gotzsche PC, Jan P. Vandenbrouckef, et al. *Declaración de la Iniciativa STROBE (Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology): directrices para la comunicación de estudios observacionales.* Gac Sanit. 2008;22(2):144–50.
10. Van Epps H, Astudillo O, Del Pozo Martín Y, Marsh J. *The Sex and Gender Equity in Research (SAGER) guidelines: Implementation and checklist development.* Eur Sci Ed. 2022;48(May).
11. Yésica A. Peralta-Linares RVG-C. *Validez y confiabilidad de la versión en Español del "'Arrhythmia-specific questionnaire in tachycardia and arrhythmia"'* (ASTA). Rev Colomb Cardiol [Internet]. 2018;25(5):305–13. Available from: https://doi.org/10.1016/j.rccar.2018.02.006

12. Walfridsson U, Anna S, Årestedt K. *Development and validation of a new Arrhythmia-Specific questionnaire in Tachycardia and Arrhythmia (ASTA) with focus on symptom burden.* Health Qual Life Outcomes [Internet]. 2012;10(1):10–44. Available from: https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000149

13. Walfridsson U, Strömberg A, Kristofer A. *Development and Validation of an Arrhythmia-Specific Scale in Tachycardia and Arrhythmia With Focus on Health-Related Quality of Life.* J Cardiovasc Nurs [Internet]. 2015;30(2):98–108. Available from: https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000149

14. Kloosterman M, Crijns HJGM, Mulder BA, Groenveld HF, Van Veldhuisen DJ, Rienstra M, et al. *Sex-related differences in risk factors, outcome, and quality of life in patients with permanent atrial fibrillation: results from the RACE II study.* Europace [Internet]. 2020 [cited 2021 Dec 1];22:1619–27. Available from: https://academic.oup.com/europace/article/22/11/1619/5634176

15. Moqeem K, Beeharry MW, Fang T, Lim KJM. *Factors Influencing Sex-Related Differences in the Quality of Life of Patients With Atrial Fibrillation : A Systematic Review.* 2020;12(1):1–8.

16. Kloosterman M, Chua W, Fabritz L, Al-Khalidi HR, Schotten U, Nielsen JC, et al. *Sex differences in catheter ablation of atrial fibrillation: results from AXAFA-AFNET 5.* Europace [Internet]. 2020 [cited 2021 Dec 1];22:1026–35. Available from: https://academic.oup.com/europace/article/22/7/1026/5788539

17. Hendriks J, Strömberg A. *Gender differences in atrial fibrillation: Patient-reported outcomes beyond symptom management alone.* Heart [Internet]. 2019;105(21):1614–5. Available from: https://doi.org/10.1136/heartjnl-2019-315288

18. Arbelo E, Aktaa S, Bollmann A, D'Avila A, Drossart I, Dwight J, et al. *Quality indicators for the care and outcomes of adults with atrial fibrillation.* Europace [Internet]. 2021;23(4):494–5. Available from: http:/doi:10.1093/europace/euaa253

19. Weberndörfer V, Beinart R, Ricciardi D, Ector J, Mahfoud M, Szeplaki G, et al. *Sex differences in rate and rhythm control for atrial fibrillation.* Europace [Internet]. 2019;21(5):690–7. Available from: https://doi.org/10.1093/europace/euy295

20. Zörner CR, Tønnesen J, Da Riis-Vestergaard L, Middelfart C, Hein R, Rasmussen PV, et al. *Disparities in the access to atrial fibrillation ablation in Denmark – Who gets ablated, who neglected?* Europace [Internet]. 2024;26(9):1–10. Available from: https://doi.org/10.1093/europace/euae231

21. Antoun I, Layton GR, Abdelrazik A, Eldesouky M, Davies H, Barakat O, et al. *Unravelling Sex Disparities in the Pathophysiology of Atrial Fibrillation : Review of the Current Evidence.* J Cardiovasc Electrophysiol [Internet]. 2025;36:2608–19. Available from: https://doi.org/10.1111/jce.70063%0A2608

22. Tokioka S, Takase M, Nakaya N, Hatanaka R, Nakaya K, Kogure M, et al. *Sex difference in genetic risk in the prevalence of atrial fi brillation.* Hear Rhythm [Internet]. 2025;22(9):e631–9. Available from: https://doi.org/10.1016/j.hrthm.2025.03.1974

23. Silva RL, Guhl EN, Althouse AD, Herbert B, Sharbaugh M, Essien UR, et al. *American Journal of Preventive Cardiology Sex differences in atrial fibrillation : patient-reported outcomes and the persistent toll on women ✶.* Am J Prev Cardiol [Internet]. 2021;8(August):100252. Available from: https://doi.org/10.1016/j.ajpc.2021.100252

24. Zhou Y, Grall-Johnson C, Houle J, Pilote L. Are Socioeconomic Factors Associated With Atrial Fibrillation Sex-Dependent? A Narrative Review. Can J Cardiol [Internet]. 2024;40(6):1102–9. Available from: https://doi.org/10.1016/j.cjca.2024.02.016