



6025-4. LA DIABETES COMO MARCADOR DE RIESGO EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR ESTABLES Y EN TRATAMIENTO CON RIVAROXABÁN: ANÁLISIS DE 1.433 PACIENTES DEL ESTUDIO EMIR

Marcelo Sanmartín Fernández¹, Francisco Marín², Manuel Anguita Sánchez³, Carles Rafols⁴, Alejandro Isidoro Pérez Cabeza⁵, Gonzalo Barón y Esquivias⁶, Iñaki Lekuona Goya⁷, José Manuel Vázquez Rodríguez⁸, Juan Cosín Sales⁹, Fernando Arribas Ynsaurriaga¹⁰, Vivencio Barrios Alonso¹, Román Freixa Pamias¹¹ y Isabel Ureña Montilla¹²

¹Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, ²Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, ³Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, ⁴Bayer Hispania, Barcelona, ⁵Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, ⁶Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, ⁷Hospital de Galdakao, Vizcaya, ⁸Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, ⁹Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, ¹⁰Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, ¹¹Hospital Sant Joan Despí-Moisès Broggi, Barcelona y ¹²Hospital Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia.

Resumen

Introducción y objetivos: El manejo de los pacientes con fibrilación auricular implica un reconocimiento del mayor riesgo total de complicaciones cardiovasculares, no solamente las relacionadas al mayor riesgo de embolias. En este estudio, valoramos el papel de la historia de diabetes mellitus como marcador de riesgo total de complicaciones en una serie amplia y multicéntrica de pacientes con fibrilación auricular tratados con rivaroxabán.

Métodos: El estudio EMIR incluyó pacientes con fibrilación auricular sin prótesis mecánicas o enfermedad mitral reumática significativa, tratados con rivaroxabán durante al menos 6 meses, con seguimiento a 2,5 años. Definimos MACE como el objetivo principal combinado de infarto de miocardio, revascularización y muerte cardiovascular. Identificamos 388 pacientes diabéticos en esta serie, de un total de 1.433 pacientes y analizamos el objetivo principal, así como los objetivos secundarios primordiales preespecificados en esta población. Las comparaciones entre tasas anuales de acontecimientos adversos se realizaron mediante test exacto de Fisher, entre variables numéricas con la U de Mann-Whitney.

Resultados: Los pacientes diabéticos tenían una edad media similar ($74,1 \pm 9,0$ vs $74,2 \pm 9,0$ años; $p = 0,759$), FGE 60 ml/min similar ($24,9$ vs $24,6\%$; $p = 0,920$), pero IMC más alto ($30,2 \pm 5,2$ vs $28,7 \pm 4,7$; $p = 0,001$), más historia de insuficiencia cardiaca ($30,7$ vs $19,8\%$; $p = 0,001$), más historia de insuficiencia cardiaca (30,7 vs 19,8%; $p = 0,001$), más historia de insuficiencia cardiaca (30,7 vs 19,8%; $p = 0,001$). Los pacientes diabéticos tenían una mayor tasa de complicaciones isquémicas cardíacas o cerebrales ($1,31$ vs $0,43 \times 100$ pac.año; $p = 0,020$) y mayor mortalidad ($3,93$ vs $2,30 \times 100$ pac.año; $p = 0,02$). La tasa de MACE o hemorragias graves no presentaron diferencias estadísticamente significativas (tabla).

Acontecimientos adversos al final del seguimiento

Diabéticos (N = 388)	No diabéticos (N = 1.045)	p
----------------------	---------------------------	---

Ictus o AIT o embolias sistémicas	12 (3,1%)	11 (1,1%)	0,006*
Hemorragias graves	12 (3,1%)	17 (1,6%)	0,080*
MACE	11 (2,8%)	19 (1,8%)	0,232**
IAM	2 (0,5%)	3 (0,3%)	0,617**
Revascularización	2 (0,5%)	7 (0,7%)	> 0,999**
Muerte cv	9 (2,3%)	11 (1,1%)	0,069*

Valores p: *Chi-cuadrado; **Test exacto de Fisher.

Conclusiones: La población diabética tiene un perfil de mayor riesgo y la diabetes representa un importante marcador de ictus y de mortalidad total en pacientes estables con fibrilación auricular, a pesar del correcto tratamiento anticoagulante.