



6006-66. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA LABILIDAD DEL INR Y CAPACIDAD PREDICTORA DE LA ESCALA SAME-TT2R2. TOMA DE DECISIONES EN LOS PACIENTES CON INR LÁBIL

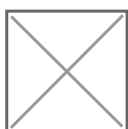
Julia Playán Escribano, David Vivas Balcones, Noemí Ramos López, Rafael Herranz Hernández, Ana de Miguel Álvarez-Vieitez, Adrián Jerónimo Baza, Zaira Gómez Álvarez, Andrés Escudero Díaz, Teresa Romero Delgado, Carmen Olmos Blanco, Javier Higuera Nafria, Isidre Vila Costa y Carlos Macaya Miguel, del Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: El tratamiento con antagonistas de la vitamina K (AVK) es más seguro y eficaz en los pacientes con un tiempo en rango terapéutico (TTR) $\geq$ 65%. La escala SAME-TT2R2 intenta identificar aquellos pacientes con alto riesgo de mal control. El uso de esta escala es controvertido por la variabilidad de su validez en los distintos estudios. Nuestro objetivo fue estudiar la aplicabilidad de esta escala en una muestra de nuestro centro, así como identificar otros posibles factores predictores de la labilidad del INR; y estudiar qué factores influyen en el cambio de AVK por anticoagulantes orales de acción directa (ACOD).

Métodos: Se realizaron 2 fases: 1) Estudio retrospectivo (enero-julio 2017) con 110 pacientes anticoagulados con AVK más de 7 meses. Se recogió INR de los 6 meses previos, CHA₂DS₂-VASc, HAS-BLED; SAME-TT2R2 y tratamiento habitual y al alta. 2) Estudio prospectivo (octubre de 2017-abril de 2018), se promovió calcular el TRT durante el ingreso hospitalario. Se recogieron 104 pacientes anticoagulados con AVK. El INR lábil se definió por un TRT $\geq$ 65%.

Resultados: Fase 1: 110 pacientes, 41 presentaban TRT $\geq$ 65% los 6 meses previos. En 6 pacientes se cambiaron AVK por ACOD (4 por eventos hemorrágicos y 2 por TRT $\geq$ 65%). Fase 2: 104 pacientes, 40 con TRT $\geq$ 65%. En 26 pacientes se cambiaron AVK por ACOD (23 por TRT $\geq$ 65%, 1 por ictus y 2 por eventos hemorrágicos). El resultado de la escala SAME-TT2R2 no se asoció de manera significativa a la labilidad de INR con ninguno de los puntos de corte propuestos en la literatura (≥ 2 o ≥ 3). Sí se asociaron a TRT $\geq$ 65% en el análisis multivariante el uso de estatinas (OR 2,3 [IC95% 1,1-4,7], p 0,02) y el de antagonistas del receptor de angiotensina (ARA-II) (OR 0,5 [IC 0,2-0,9], p 0,03). Ambos factores, junto con los que presentaron tendencia a la significación (antecedentes de tromboembolia, vasculopatía y uso de amiodarona) se usaron para construir un modelo predictivo (ver figura para curvas COR).



Curva COR: escala SAME-TT2R2, modelo propuesto.

Conclusiones: La escala SAME-TT2R2 no tiene capacidad predictora de la labilidad del INR en nuestra muestra. Conocer el TTR de sus pacientes influye muy significativamente en la decisión de los médicos en

cuanto a continuar o no el tratamiento con AVK. Son necesarios estudios que observen el impacto de esta medida (calcular el TTR sistemáticamente) en la eficacia y seguridad del tratamiento anticoagulante.