



5008-7. VALOR PREDICTIVO DEL ESQUEMA SAME-TT2R2 PARA LA PREDICCIÓN DE LA ANTICOAGULACIÓN ORAL EN FIBRILACIÓN AURICULAR: VALIDACIÓN PROSPECTIVA EN EL REGISTRO OBSERVACIONAL MULTICÉNTRICO FANTASIIA

María Asunción Esteve-Pastor¹, Francisco Marín¹, Vicente Bertomeu-González², Ángel Cequier³, Inmaculada Roldán⁴, Lina Badimón⁵ y Manuel Anguita⁶ del ¹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia), ²Hospital San Juan de Alicante, ³Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), ⁴Hospital Universitario La Paz, Madrid, ⁵Instituto de Investigación Cardiovascular, CSIC/ICCC, Barcelona y ⁶Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Resumen

Introducción y objetivos: La eficacia y seguridad del tratamiento con antagonistas de la vitamina K (AVK) está estrechamente relacionada con la calidad del manejo de la anticoagulación oral, como refleja el porcentaje medio de tiempo en rango terapéutico (TTR). Un TTR alto se traduce en un riesgo bajo de fenómenos embólicos y hemorrágicos. Así las guías recomiendan una media de TTR individual > 65-70%. El esquema SAME-TT2R2 es una escala clínica de riesgo que se ha desarrollado para predecir la calidad de la anticoagulación oral con AVK. Los pacientes con SAME-TT2R2 ≥ 2 tienen alto riesgo de tener una calidad de anticoagulación oral pobre con AVK. El objetivo de este estudio fue analizar el papel predictivo del esquema SAME-TT2R2 en la valoración del control pobre de anticoagulación en una cohorte prospectiva de pacientes en tratamiento con AVK.

Métodos: Estudiamos pacientes con fibrilación auricular no valvular tratados con AVK que habían sido incluidos de forma prospectiva en el registro observacional multicéntrico español FANTASIIA. El TTR fue calculado tanto de forma directa como con el método Rosendaal durante un periodo de 6 meses. El SAME-TT2R2 fue calculado y los valores de TTR fueron comparados en aquellos pacientes con una puntuación de SAME-TT2R2 0-1 y ≥ 2.

Resultados: Se analizan 948 pacientes (media edad 73,8 ± 9,4 años; 57,5% hombres). La media de TTR fue 63,8 ± 23,8 con el método directo y 60,3 ± 24,5 por el método de Rosendaal. La prevalencia de un pobre control de anticoagulación (TTR 65%) fue del 54%. Como se esperaba, se encontró una reducción progresiva del TTR con el incremento de valores del esquema SAME-TT2R2 (tabla). Los pacientes con SAME-TT2R2 0-1 tenían mejor media de TTR calculada por el método Rosendaal (62,5 ± 24,7 frente a 58,0 ± 24,1; p 0,01).

Media de TTR para cada valor de SAME-TT2R2

SAME-TT2R2	N	TTR directo	TTR Rosendaal
0	159	65,4 ± 22,5	63,2 ± 24,6

1	387	64,6 ± 23,7	61,5 ± 24,7
2	289	63,0 ± 25,1	58,3 ± 24,8

Conclusiones: En un registro prospectivo multicéntrico, la puntuación elevada del esquema SAME-TT2R2 (? 2) se asocia con una calidad de anticoagulación pobre en pacientes con AVK. Nuestro registro demuestra el papel potencial de este simple esquema clínico de riesgo para predecir la mala calidad de la anticoagulación oral con AVK en la práctica clínica y ayuda en la toma de decisiones clínicas y estrategias adicionales como el uso de anticoagulantes no-antivitamina K.