



6002-35. EL SCORE SAME-TT2R2 NO PREDICE EL TIEMPO EN RANGO TERAPÉUTICO EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR TRATADOS CON ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K TRAS UN INGRESO POR INSUFICIENCIA CARDIACA

José Manuel Andreu Cayuelas¹, Carmen M. Puche¹, Alicia Mateo-Martínez², Pedro J. Flores-Blanco¹, Francisco J. Pastor-Pérez¹, Salvador Montalbán-Larrea¹, Mariano Valdés-Chávarri¹ y Sergio Manzano-Fernández¹ del ¹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia) y ²Hospital Universitario los Arcos del Mar Menor, San Javier (Murcia).

Resumen

Introducción y objetivos: Los pacientes con fibrilación auricular (FA) tienden a presentar un mal control de la anticoagulación con antagonistas de la vitamina K (AVK) tras un ingreso por insuficiencia cardiaca descompensada, lo que constituye un riesgo de complicaciones hemorrágicas o tromboembolia. Recientemente se ha propuesto el empleo del *score* SAME-TT2R2 [que incluye los factores: sexo femenino, edad < 60 años, comorbilidades, tratamiento, tabaquismo (doble) y raza (doble)] para predecir la calidad de la anticoagulación en pacientes con FA, pero su utilidad en pacientes con insuficiencia cardiaca descompensada reciente no ha sido estudiada.

Métodos: Se incluyeron 108 pacientes consecutivos con FA no valvular anticoagulados con AVK tras un ingreso por insuficiencia cardiaca descompensada. Se calculó el *score* SAME-TT2R2 para cada paciente al alta hospitalaria. Durante un seguimiento de 6 meses se estimó el tiempo en rango terapéutico (TRT) del INR para cada paciente empleando el método de Roosendaal. La calidad de la anticoagulación se definió en función del TRT: mal control < 60%, intermedio: 60-75%, buen control > 75%.

Resultados: Se estimó un TRT medio de 48% durante el seguimiento. 71 pacientes (66%) presentaron mal control del INR y 12 pacientes (11%) presentaron buen control. El *score* SAME-TT2R2 mediano fue 2 (RIC: 1-2; rango: 0-5). Un total de 76 pacientes (70%) presentaban un *score* SAME-TT2R2 $\geq$ 2. El TRT de estos pacientes no difirió de forma significativa de aquellos con un *score* SAME-TT2R2 < 2 (49% y 46% respectivamente, $p = 0,62$) y no pudo establecerse un punto de corte del *score* que identificara los pacientes con buen o mal control del INR durante el seguimiento.

Distribución de los pacientes de acuerdo al *score* SAME-TT2R2 y el tiempo en rango terapéutico del INR (2-3) durante el seguimiento

	SAMeTT2R2 0-1 (n = 32)	SAMeTT2R2 $\geq$ 2 (n = 76)	p
TRT < 60%	20 (62%)	51 (67%)	0,645

TRT 60-75%	6 (19%)	19 (25%)	0,482
TRT > 75%	6 (19%)	6 (8%)	0,101
TRT: Tiempo en rango terapéutico.			

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes con FA y descompensación de insuficiencia cardiaca reciente el control de INR fue malo y el *score* SAMeTT2R2 no fue útil para identificar aquellos pacientes con buen o mal control de INR durante el seguimiento. Sería recomendable la realización de más estudios de cara a validar este *score* en subgrupos de pacientes con FA que tiendan a presentar mal control de INR o incluir nuevas variables que pudieran mejorar su capacidad de identificar los pacientes en los que los AVK podrían ser el anticoagulante más adecuado.