
Carlos Andrés Sánchez Vallejo, MD¹
Andrés Felipe Buitrago Sandoval, MD²

“Elección de terapia anticoagulante en pacientes con fibrilación auricular: uso del puntaje SAME-TT2R2”

EVALUATION OF SAME-TT2R2 RISK SCORE FOR PREDICTING THE QUALITY OF ANTICOAGULATION CONTROL IN A REAL-WORLD COHORT OF PATIENTS WITH NON-VALVULAR ATRIAL FIBRILLATION ON VITAMIN-K ANTAGONIST.

Rami Riziq-Yousef Abumuaileq, Emad Abu-Assi, Sergio Raposeiras-Roubin, Andrea López-López, Alfredo Redondo-Diéguez, Diego Álvarez-Iglesias, Moisés Rodríguez-Mañero, Carlos Peña-Gil, and Jose Ramón González-Juanatey. Este artículo fue publicado en Mayo de 2015 en Europace. doi:10.1093/europace/euu353.

Es bien sabido que el riesgo de ACV aumenta 5 veces en presencia de fibrilación auricular y que el impacto clínico que produce es mayor que en los casos de ACV no asociados a esta arritmia. El riesgo de ACV disminuye significativamente con el uso de terapia anticoagulante. Los antagonistas de vitamina K son altamente efectivos para la prevención de ACV y se han convertido en la principal estrategia anticoagulante en estos pacientes. Sin embargo, su estrecho margen terapéutico y su efecto impredecible limitan su utilización. En la actualidad existen otras opciones de anticoagulación que están parcial o completamente exentas de estas desventajas. Por lo anterior, es importante identificar cuáles son los pacientes que tendrán adecuado comportamiento clínico con el uso de antagonistas de vitamina K y cuáles de ellos requieren el uso de anticoagulantes no antagonistas de vitamina K (NoACs) porque se prevé que no tendrán adecuado control de anticoagulación con los antagonistas. El puntaje SAME-TT2R2 es utilizado para predecir la probabilidad de llevar una adecuada anticoagulación con antagonistas de vitamina K. Los pacientes con puntajes de 2 o más tienen alta probabilidad de fracaso terapéutico con antagonistas de vitamina K y serían candidatos para uso de otros anticoagulantes. Este estudio intenta responder una pregunta: cuál es la habilidad que tiene el puntaje SAME-TT2R2 para predecir niveles de control de anticoagulación y su relación con sangrado mayor y complicaciones tromboembólicas en una cohorte del mundo real.

Tipo de estudio: Estudio retrospectivo en una cohorte del mundo real

¹ Internista Universidad el Bosque, Fellow de cardiología Universidad el Bosque, Fundación Santa fe de Bogotá, Bogotá, Colombia

² Cardiólogo Universidad el Bosque, Jefe del instituto de enfermedades cardiovasculares, Fundación Santa fe de Bogotá. Jefe asociado del departamento de Medicina crítica y cuidado intensivo, Fundación Santa fe de Bogotá, Colombia.

Población: 911 pacientes >18 años con FA, anticoagulados con antagonistas de vitamina K, atendidos en consulta externa de un hospital de tercer nivel entre enero de 2011 y febrero 2013.

Criterios de inclusión: pacientes con FA permanente o paroxística, inicio reciente de antagonista de vitamina K (<8 meses), visitas regulares con control de INR.

Criterios de exclusión: pacientes con prótesis valvulares, enfermedad cardíaca reumática, cáncer, demencia, antagonista de vitamina K interrumpido por >3 días.

Características de la población: 911 pacientes con FA no valvular tratados con antagonistas de vitamina K. La edad promedio fue 73 años, el 66% eran hombres, 85% tenía CHA2DS2VASC >2. El tiempo en rango terapéutico promedio fue 58%.

Resultados: el tiempo en rango terapéutico disminuyó significativamente de 59% a 54% al comparar pacientes con bajo SAME-TT2R2 (0-1) con pacientes con alto puntaje (2 o más). El 82% de los pacientes con tiempo en rango terapéutico >70% tenía un SAME-TT2R2 de 0-1. El desempeño del SAME-TT2R2 fue especialmente importante para predecir la probabilidad de tener un tiempo en rango terapéutico mayor o menor de 70%. Los predictores independientes de pobre calidad de control de anticoagulación con antagonistas de vitamina K fueron: sexo femenino, presencia de comorbilidades y las interacciones medicamentosas (parte del SAME-TT2R2); otros predictores independientes no contemplados en el puntaje fueron: consumo de alcohol, TFG <30 mL/min, antecedente de malignidad, diabetes mellitus y falla cardíaca. Agregar estos predictores a la escala de riesgo mejora su poder de discriminación significativamente. No hubo asociación del puntaje con sangrado mayor ni complicaciones tromboembólicas, pero si se encontró una asociación estadísticamente significativa entre mortalidad por todas las causas y un mayor puntaje de SAME-TT2R2.

Conclusiones: en pacientes con FA no valvular, el puntaje SAME-TT2R2 puede representar una herramienta clínica útil para identificar pacientes que tendrán una pobre calidad de anticoagulación con antagonistas de vitamina K. La capacidad predictora del puntaje mejora cuando se incluyen variables adicionales.

En éste estudio se observó que el puntaje SAME-TT2R2 tiene una habilidad estadísticamente significativa para predecir la calidad del control de la anticoagulación con antagonistas de vitamina K. De este modo, ser clasificado en el grupo de alto riesgo se asocia a menor porcentaje de tiempo en adecuado control de anticoagulación. Estos hallazgos, sumados a los resultados del estudio original de derivación han llevado a que esta escala haya sido incluida como una herramienta muy útil a la hora de definir la estrategia de anticoagulación en pacientes con fibrilación auricular en un algoritmo reciente publicado en JAMA por Lip y Cols. Si bien debe tenerse en cuenta la naturaleza retrospectiva del estudio como una de sus limitaciones, una de sus fortalezas es que haya sido realizado en una cohorte del mundo real.

Éste estudio arroja nuevas luces sobre la posibilidad de considerar inicio de anticoagulación con NoACs en pacientes con alto riesgo de pobre control de anticoagulación con antagonistas de vitamina K. Para definir cuáles son estos pacientes disponemos de la escala

o puntaje SAME-TT2R2 y de variables clínicas adicionales como consumo de alcohol, TFG <30 mL/min, antecedente de malignidad, diabetes mellitus y falla cardíaca.

Referencia:

[Europace \(2015\)17, 711–717doi:10.1093/europace/euu353](https://doi.org/10.1093/europace/euu353)

[JAMA.2015;313\(19\):1950-1962.doi:10.1001/jama.2015.4369](https://doi.org/10.1001/jama.2015.4369)

EDITOR

*: Juan Karlo Urrea Zapata, MD, FsASE

Medicina y Cirugía, Universidad Libre, Cali

Medicina Interna, Cardiología, Diagnóstico No Invasivo, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá

Fellow Student, American Society of Echocardiography, Miembro de número Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.

Profesor adscrito, Universidad Libre, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

Master Universitario en proceso, Avances en Cardiología, Sociedad Española de Cardiología, Sociedad Colombiana de Cardiología, Grupo Menarini, Universidad Católica San Antonio.

Subinvestigador TIMI Study Group, Harvard Medical School, Boston, Mass.

Par Académico, Universidad Nacional de Colombia.

Editor Asociado, PLM América Latina.

International Instructor Network, American Heart Association, USA.

Instructor Internacional avalado, Operation Smile, Centro de Entrenamiento Salamandra, AHA en BLS-ACLS, ACLS-EP.

Unidad de Cardiología, Clínica Rey David, Cali, Colombia.