

Puntuación SAME-TT₂R₂: ¿es útil en todos los pacientes con fibrilación auricular no valvular? Respuesta



José M. Andreu-Cayuelas^a, Carmen M. Puche^b, Pedro J. Flores-Blanco^a y Sergio Manzano-Fernández^{a,c,*}

SAME-TT₂R₂ Score: Useful in All Patients With Nonvalvular Atrial Fibrillation? Response

Sr. Editor:

Agradecemos los comentarios de Escobar et al sobre nuestro artículo¹. La aparición de alternativas a los antagonistas de la vitamina K (AVK) ha puesto de manifiesto la importancia de identificar precozmente a los pacientes con mayor probabilidad de mal control de la *International Normalized Ratio* (INR).

Se ha propuesto la puntuación SAME-TT₂R₂ como predictor de mala calidad de la anticoagulación². Esta puntuación, aunque validada en varias poblaciones de pacientes con fibrilación auricular, sigue siendo mejorable, puesto que el estadístico *c* de estos estudios es bajo (0,55-0,6)³. Además, nuestros resultados indican que es menos útil en pacientes en situaciones inestables como la insuficiencia cardiaca descompensada reciente¹.

Factores como el antecedente de hemorragia, la polimedización y los hábitos dietéticos parecen prometedores para mejorar la capacidad de predicción de nuevas puntuaciones capaces de discriminar mejor para qué pacientes los AVK serían menos adecuados³. Otros factores también han demostrado capacidad de predecir corto tiempo en rango terapéutico, como el abuso de alcohol u otras drogas, la insuficiencia renal crónica, el cáncer, los trastornos mentales⁴ e incluso la experiencia del médico que ajusta las dosis de AVK⁵.

Sin embargo, aunque es probable que nuevas escalas permitan mejorar la capacidad de predecir el mal control de la INR, no debería ser a costa de una mayor complejidad que limite su empleo en la práctica clínica diaria, salvo que representen una mejora significativa.

^aServicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Arrixaca-IMIB, El Palmar, Murcia, España

^bLaboratorio de Análisis Clínicos, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar, Murcia, España

^cDepartamento de Medicina Interna, Universidad de Murcia, Facultad de Medicina, Murcia, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: sergiomanzanofernandez@gmail.com (S. Manzano-Fernández).

On-line el 18 de junio de 2016

BIBLIOGRAFÍA

- Andreu-Cayuelas JM, Puche CM, Caro-Martínez C, Flores-Blanco PJ, Valdés M, Manzano-Fernández S. La puntuación SAME-TT₂R₂ no predice el tiempo en rango terapéutico tras un ingreso por insuficiencia cardiaca aguda en pacientes con fibrilación auricular. *Rev Esp Cardiol*. 2016;69:453-4.
- Apostolakis S, Sullivan RM, Olshansky B, Lip GY. Factors affecting quality of anticoagulation control amongst atrial fibrillation patients on warfarin: the SAME-TT₂R₂ score. *Chest*. 2013;144:1555-63.
- Lobos-Bejarano JM, Barrios-Alonso V, Polo-García J, Escobar-Cervantes C, Vargas-Ortega D, Marín-Montañés N, et al. Evaluation of SAME-TT₂R₂ score and other clinical factors influencing the quality of anticoagulation therapy in non-valvular atrial fibrillation: a nationwide study in Spain. *Curr Med Res Opin*. 2016. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1185/03007995.2016.1164676> [Epub ahead of print].
- Rose AJ, Hylek EM, Ozonoff A, Ash AS, Reisman JJ, Berlowitz DR. Patient characteristics associated with oral anticoagulation control: results of the Veterans Affairs Study to Improve Anticoagulation (VARIA). *J Thromb Haemost*. 2010;8:2182-91.
- Dlott JS, George RA, Huang X, Odeh M, Kaufman HW, Ansell J, et al. National assessment of warfarin anticoagulation therapy for stroke prevention in atrial fibrillation. *Circulation*. 2014;129:1407-14.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.04.010>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.04.018>

A propósito de bradicardia e insuficiencia cardiaca secundaria a ivabradina en paciente con VIH



About Bradycardia and Secondary Heart Failure Induced by Ivabradine in a Patient With HIV

Sr. Editor:

Tras leer con gran interés el artículo sobre bradicardia en paciente con virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) tratada con ivabradina¹, parece obvia la necesidad de integrar el conocimiento de las interacciones de los fármacos empleados en cardiología con los usados en otras patologías, como proponen los autores. Dicho esto, parece importante resaltar:

- La paciente también empleaba carvedilol, que toleraba bien. No se sabe qué habría ocurrido sin el efecto conjunto con ivabradina.
- Por ficha técnica, está formalmente contraindicado el uso de ivabradina cuando se empleen inhibidores del citocromo que metaboliza el citado fármaco, que es CYP 3A4. En general, ritonavir y, en menor medida, atazanavir son importantes inhibidores de CYP 3A4. Sin embargo, existen polimorfismos genéticos², según los cuales se desarrolla una pléyade de variantes y respuestas desde subclínicas a manifiestas como la presentada.

- De momento no se incluyen habitualmente aspectos farmacogenéticos³ a la hora de emplear un tratamiento, pero puede ser una opción que tener en cuenta en el futuro, considerando la complejidad *a priori* de pacientes como el que nos ocupa. Sirva de ejemplo que la *Food and Drug Administration* (FDA) estadounidense incluye dicha información en los prospectos de los fármacos desde 2007.
- Algo análogo ocurre con la eplerenona, con lo que además aumentaría el riesgo de hiperpotasemia⁴, habida cuenta de sus efectos y de que el paciente también estaba tratado con inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina. Ello puede interferir también en la génesis del impulso y la conducción cardiacas en casos similares al descrito.
- Puesto que emtricitabina y tenofovir se eliminan principalmente por los riñones, su coadministración con medicamentos que reducen la función renal o compiten por la secreción tubular activa (ácido acetilsalicílico en este caso) está contraindicada.

Por ello este caso es muy interesante, no solo por la interacción clínicamente relevante de los citados antirretrovirales con ivabradina y eplerenona (en ambos casos por inhibición del CYP 3A4), sino también por coadyuvancia con carvedilol e indirectamente con ácido acetilsalicílico (por competición en la secreción tubular activa). Respecto a la terapia con estatinas, no empleadas en este caso, pero frecuentemente necesaria en el cardiópata, salvo