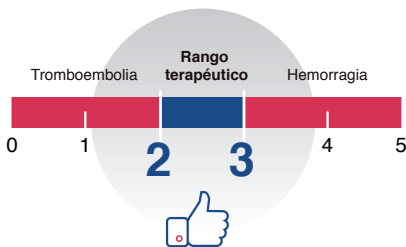


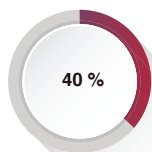
El control de la anticoagulación en España

Mantener al paciente anticoagulado en rango terapéutico (**INR entre 2 y 3**) es fundamental para la prevención del ictus y de la hemorragia¹.

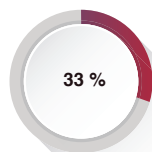
El **mal control del INR** aumenta notablemente la incidencia de embolias, episodios hemorrágicos graves e incluso muerte².



Sin embargo, la evidencia en práctica clínica real en pacientes tratados con **antivitamina K** revela que^{1,2}:



La prevalencia de mal control de la anticoagulación con AVK fue del 40 %²



El 33 % de los pacientes presentaban los 3 últimos INR en rango terapéutico¹ ($p < 0,001$).

Opciones terapéuticas para pacientes con fibrilación auricular no valvular y mal control de la anticoagulación²

OPCIÓN	COMENTARIO
Suspensión de anticoagulación	Es la opción más frecuente cuando el mal control se asocia a hemorragias
Control en servicio de hematología	Escasa mejoría esperable. El control inadecuado depende de factores independientes del ajuste de INR
Cambio a antiagregantes	No son efectivos en la prevención de la embolia sistémica
Cambio a heparina no fraccionada de bajo peso molecular	Incómodo. Solo recomendable para pacientes seleccionados (p. ej. embarazo)
Nuevos anticoagulantes orales	Probablemente la mejor opción
Cierre de orejuela	Probablemente opción reservada a pacientes seleccionados (con episodios embólicos y hemorrágicos en tratamiento con nuevos anticoagulantes orales)

INR: cociente internacional normalizado

Adaptado de: López-Sendón, *et al.* Mal control de la anticoagulación en la fibrilación auricular. ¿Hasta cuándo? Rev Esp Cardiol. 2015;68:740-2.



Riesgo ictus isquémico

Pradaxa® 150 mg es el único **ACOD** que redujo de forma estadísticamente significativa el riesgo de **ictus isquémico** frente a warfarina en el estudio pivotal³ (RR 0,76; IC 95 %: 0,60-0,98; $p = 0,03$).