

# Tratamiento Antitrombótico de la Fibrilación Auricular No Valvular en el Anciano

Carlos G. Fondevila



**SUPLEMENTO  
DE LA REVISTA  
DE LA SOCIEDAD  
ARGENTINA DE  
HEMATOLOGIA**

*Prof. Adjunto de Medicina II-Hematología.  
Universidad del Salvador. Buenos Aires.  
c\_fondevila@hotmail.com*

HEMATOLOGIA, Suplemento I: 16-21  
Diciembre, 2007

## 1. INTRODUCCIÓN

La FA es la taquiarritmia más frecuente y un importante factor de morbilidad y mortalidad, no sólo por falla de bomba, sino por la aparición de complicaciones tromboembólicas y ACV.

Infrecuente por debajo de los 50 años, la prevalencia de la FA aumenta con la edad, llegando a ser mayor al 10% en mayores de 80 años.

De acuerdo a la patología concomitante, se la ha clasificado en: aislada o solitaria, valvular o reumática y no valvular (FANV). Esta última es la forma más frecuente en la actualidad, representando más del 60% del total y es uno de los principales factores de riesgo de ACV, responsable de hasta el 15% de las isquemias cerebrales y cerca del 25% de aquéllas que ocurren en la población mayor de 80 años. Los ACV que resultan de una FA suelen ser de consecuencias graves: la FA duplica el riesgo de incapacidad permanente y ocasiona mayor mortalidad que un ACV de otra causa.<sup>1</sup>

Antes de los '90s, el tratamiento antitrombótico se limitaba a personas con FA valvular o reumática y aquellas con embolismo previo. Los pacientes con FA solitaria, no se consideraban candidatos a recibir profilaxis primaria ya que su riesgo embólico era similar al observado con ritmo sinusal.

Los pacientes con FA valvular o mitral recibían dicumarínicos en forma empírica, careciéndose hasta el presente de estudios controlados, considerados, en esta población, de realización imposible por motivos éticos.

En pacientes con historia de embolismo previo, el estudio EAFT 2 mostró un beneficio significativo de warfarina (W) con un 58% de reducción del riesgo relativo de recurrencia mientras que aspirina mostró una

reducción no significativa del 17%. Un estudio reciente de prevención secundaria, realizado en pacientes con FANV y una edad media de 80 años, mostró que los anticoagulantes orales (AO) redujeron significativamente el riesgo de muerte (HR 0.47) y de recurrencia (HR 0.31) mientras que el uso de antiplaquetarios (versus anticoagulantes) fue el único factor determinante de la recurrencia. Aún descontando el aumento de casos de sangrado cerebral de 0.3 a 1.1% anual, el beneficio neto fue evidente y la tasa de recurrencia pasó de 16.3% a 5.5% anual con W.<sup>3</sup>

Respecto de la FANV, numerosos trabajos de diseño adecuado demostraron la utilidad de la profilaxis antitrombótica primaria.<sup>1</sup> Los AO se acompañaron de una reducción del riesgo embólico cercana al 66% mientras que la aspirina redujo el riesgo en menos de 22%. Los dicumarínicos demostraron eficacia en todos los grupos estudiados. La eficacia de la aspirina sólo fue significativa en menores de 75 años y consistió, especialmente, en prevenir el ACV no invalidante y el ACV no embólico, mientras que la RRR del ACV con secuelas fue de tan sólo 13%.<sup>4</sup> Los AO aumentan el riesgo de sangrado mayor de 0.9% a 2.2% y duplican el riesgo de sangrado cerebral de 0.2-0.3% a 0.4-0.6%.<sup>5</sup> El efecto protector de los AO alcanza su máximo con una RIN por encima de 2.0 mientras que el sangrado grave aumenta rápidamente con una RIN superior a 4.0. La RIN ideal parece estar entre 2 y 3. Una RIN menor a 2.0 se acompaña de más embolismo y de consecuencias más graves.<sup>5a</sup> Por su parte, la aspirina incrementa el riesgo de sangrado cerebral en un 40%,<sup>5</sup> presentando una mortalidad a 30 días similar a la de AO en una RIN <2.0.<sup>5a</sup>

A pesar de la evidencia favorable mostrada por los

estudios de prevención primaria, la incorporación de los AO al uso clínico ha sido baja. Revisiones recientes mostraron que sólo el 60% de los pacientes potencialmente elegibles, recibía anticoagulantes orales.<sup>1</sup> Entre otras causas, se ha argumentado que la población incluida en dichos ensayos no era representativa del paciente común o de la práctica cotidiana.

Es en la población añosa con FA dónde esta inapropiada sub-utilización de la profilaxis resulta tan o más preocupante en cuanto que el anciano con FA presenta un riesgo elevado de embolismo grave, siendo el paciente que tendría más por ganar con la indicación del tratamiento anticoagulante preventivo. En algunos estudios la edad fue la responsable única de que la indicación de AO cayera del 42% al 29% en sujetos mayores de 75 años.<sup>6</sup> Existen varias razones por las cuales los médicos descreen del beneficio de los AO en esta población (Tabla I). Entre otras, podría deberse a la percepción de un mayor riesgo de sangrado, a la sobreestimación de diferentes situaciones comórbidas frecuentemente asociadas con la ancianidad o a la subestimación del riesgo de ACV. Una búsqueda bibliográfica sugiere que muchas de aquellas razones surgen de prejuicios antes que de datos concretos.

## 2. EL CASO PARTICULAR DEL PACIENTE ANCIANO CON FANV

La FA es un hallazgo frecuente en poblaciones añosas y la prevención del embolismo sistémico en FA es una de las dos principales indicaciones de AO en mayores de 75 años.

Aunque el riesgo de sangrado intracerebral aumenta con la edad, lo mismo ocurre con el riesgo de embolismo.

### Los pacientes añosos poseen un riesgo más elevado de embolismo grave.

El estudio ISCOAT<sup>7</sup> encontró que el riesgo relativo de sufrir un tromboembolismo fatal por encima de los 75 años era de 2.5. Un metaanálisis de los estudios de prevención primaria en FANV<sup>8</sup> y varios modelos de estratificación de riesgo han identificado a la edad como un factor de riesgo para embolismo, especialmente cerebral (Tabla II). Una edad >65 y, especialmente >75 años, se asoció en forma consistente con el riesgo de sufrir un ACV<sup>9</sup> (Figura 1). En el Framingham Study-Stroke el riesgo atribuible de ACV pasó de 1.5% en <59 años a 25% en >80 años, así como la tasa de ACV pasó de 1.3% pacientes/año en el grupo 50-59 años, a 5.1% pacientes/año en aquellos entre 80 y 89 años.<sup>9a</sup>

### Los pacientes ancianos poseen un riesgo de sangrado más elevado.

Una edad avanzada y una RIN elevada se han asociado en forma consistente con la aparición de sangrado asociado a AO.

La edad por encima de los 60 o 65 años fue identificada por diferentes scores como un factor de riesgo de sangrado en pacientes ambulatorios tratados con dicumarínicos. Con frecuencia a la edad se asocian otras situaciones de riesgo (Tabla III). El estudio ISCOAT<sup>7</sup> mostró que el riesgo de sangrado mayor se duplica por encima de los 75 años, mientras que el de sangrado cerebral pasó de 0.2 a 1.1 por 100 pacientes/año. Un subestudio en pacientes con FA, encontró que el sangrado mayor fue 6.6 veces mayor por encima de los 75 años respecto de los <70 años.<sup>10</sup> Sin embargo, en otro ensayo no se encontró mayor frecuencia de sangrado con una RIN media de 2.5.<sup>11</sup>

Por su potencial devastador, el sangrado de localización cerebral es especialmente serio. Estudios observacionales de FANV en >75 años mostraron que los AO aumentan 3 veces la incidencia de sangrado cerebral (hematoma subdural o hemorragia intraparenquimatosa). Por cada década, el odds ratio aumenta 2 veces para hematoma subdural y 1.3 veces para sangrado intracerebral. Los pacientes >85 años presentan un riesgo adicional de 2.5 veces respecto de aquellos <75. Otros factores pueden favorecer la aparición de sangrado cerebral en ancianos: HTA, historia de enfermedad vasculocerebral o presencia de alteraciones microvasculares (leucoaraiosis o microsangrados en la RM).<sup>5</sup>

En relación con la intensidad de la anticoagulación, en el estudio ISCOAT el sangrado se asoció con una RIN >4.5 (>3.0 para sangrado cerebral). Las publicaciones concuerdan que una RIN de 2 a 3 cuidadosamente monitoreada, duplica el riesgo de sangrado cerebral. Una RIN >3.5 presenta un odds ratio de 5.0 respecto de una RIN 2-3; mientras que una RIN <2.0, no presenta menor riesgo que una de 2 a 3.<sup>12, 13</sup>

El estudio SPAF II es uno de los pocos que incluyó un gran número de pacientes muy ancianos. La frecuencia de ACV entre W (RIN hasta 4.5) y aspirina fue similar. En >75 años, la W aumentó significativamente el sangrado (en especial el cerebral). El incremento en la tasa de sangrado cerebral consumió todo el beneficio mostrado por W en la reducción de la isquemia. La mayoría de los sangrados ocurrió con RIN >3.0 y en un contexto de pobre control de la HTA.<sup>14</sup>

## 3. ALTERNATIVAS AL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE CONVENCIONAL

Dado que los pacientes añosos muestran una mayor tendencia al sangrado, (cerebral), en especial con una RIN mayor de 3.0 ¿qué ocurriría con una RIN menor? ¿qué ocurriría utilizando sólo aspirina?

Se ha calculado que una RIN de 1.6 a 2.5 retiene el 80% de la eficacia de una RIN de 2 a 3.15

Comparada con una RIN 2-3, una RIN de 1.7 presenta un odds ratio de 2.0 y para una RIN de 1.5 el odds ratio llega a 3.3.15

Los estudios SPAF III y AFASAK 2 compararon un tratamiento anticoagulante estándar (RIN 2-3) con otro de intensidad reducida en una población de alto riesgo (edad media 72 años e historia de embolismo, HTA o disfunción del VI). El estudio SPAF III utilizó como comparador una RIN de 1.2 a 1.5 más aspirina 325 mg/d.16 En el estudio AFASAK 2 la comparación fue con una RIN de 1.15 o 300 mg/d de aspirina o ambas.17 Las conclusiones del estudio SPAF III motivaron el cierre prematuro del otro estudio. Los resultados, coincidentes en ambos, fueron desalentadores ya que mostraron que una RIN menor de 2.0 brindaba menor eficacia y similar sangrado. El uso adicional de aspirina no mejoró la eficacia.

En un estudio que midió la sobrevida ajustada por calidad de vida en ancianos con FANV y riesgo de sufrir caídas, la profilaxis primaria con AO agregó 2 años (versus aspirina) y 3 años (versus no tratamiento) de QALY. Mientras la propensión a sufrir caídas no modificó los resultados, la edad y el riesgo basal de ACV fueron importantes en la selección del tratamiento. 18

La aspirina es una alternativa para el paciente de riesgo bajo o moderado (aquél que no presenta otro factor de riesgo embólico aparte de la edad, CHADS2 0-1). Cuanto mayor sea el riesgo de sufrir un embolismo invalidante, menor será la protección brindada por la aspirina: en el estudio SPAF I la aspirina ofreció una protección modesta y limitada al subgrupo de pacientes menores de 75 años o con enfermedad relativamente leve.4 Los resultados del estudio SPAF II fueron coincidentes: la aspirina fue ineficaz en la prevención del embolismo en pacientes con factores de riesgo a cualquier edad14 (Tabla IV). Los dos estudios ACTIVE (si bien no específicamente dirigidos a población añosa) han explorado alternativas a la anticoagulación convencional, comparando aspirina/clopidogrel con aspirina (rama A) o warfarina RIN 2-3 (rama W). La clara superioridad de W en la prevención de eventos embólicos motivó el cierre prematuro de la rama W.

La ACCP recomienda utilizar AO a RIN 2-3 en todo paciente >75 años, aún si no tuviera otros factores de riesgo (recomendación grado 1A).19 Otra publicación recomienda considerar anticoagulación crónica en todo paciente sin contraindicaciones y que tenga un CHADS2  $\geq 1$ . En aquellos cuyo score sea  $\geq 2$ , la AO deberá ser usada siguiendo las guías publicadas. 20 En cambio, la ACC/AHA/ESC consideró a la edad >75 años, cuando es el único factor de riesgo, como un riesgo moderado, que puede tratarse con AO o aspirina de acuerdo al riesgo anticipado de complicaciones he-

morrágicas, a la competencia presunta para el cumplimiento crónico de las pautas de anticoagulación y a las preferencias personales del paciente (recomendación grado IIaA).21 Esta diferente valoración del riesgo embólico implícito en una edad >75 años parece deberse sólo a la diferente valoración que expertos diferentes hacen de la misma evidencia. El estudio BAFTA (Birmingham area fibrillation treatment of the aged) permitirá una comparación objetiva entre ambas opciones: pacientes mayores de 75 años con FANV tratados con AO RIN 2-3 o aspirina 75 mg/d.

#### 4. CONCLUSIONES

En el paciente añoso con FANV, el tratamiento antitrombótico deberá seleccionarse luego de evaluar el riesgo individual de sangrado y de embolismo. Esta población presenta un riesgo aumentado de sangrado, especialmente cerebral, y, simultáneamente, un mayor riesgo de embolismo (aún en ausencia de otros factores de riesgo). Constituye la población que más se beneficiaría de la profilaxis primaria. Si bien esta población está más expuesta a situaciones de riesgo potencial (comorbidez, polifarmacia, dificultades en la memoria, propensión a sufrir caídas o simplemente vivir solo), la evidencia que liga estas situaciones con una mayor propensión al sangrado es pobre o anecdótica.

En la mayoría de los modelos de estratificación de riesgo, la edad por encima de los 75 años identificó a pacientes de alto riesgo.

En relación al riesgo de sangrado cerebral, la anticoagulación de un paciente en sus 70s puede considerarse relativamente segura si la intensidad se controla cuidadosamente. En relación a una RIN menor a 2.0, la evidencia actual es desalentadora. Un consenso incluyó en sus recomendaciones la opción de una RIN 1.6-2.5 para aquel paciente >75 años con alto riesgo de sangrado aunque sin contraindicación franca. Dicha recomendación se basó sólo en opinión de expertos (grado IIaC), no siendo validada por ninguna referencia bibliográfica.22 En la versión actualizada de dicho consenso, dicha opción bajó a un grado IIbC, indicando que el panel de expertos está ahora "menos seguro de la utilidad o eficacia de la intervención o que consideró a la evidencia que avala dicha indicación como menos definitiva".21

La aspirina ofrece una protección insuficiente y debe considerarse sólo como una alternativa en pacientes sin otros factores de riesgo o que presenten contraindicaciones. La tabla V resume las contraindicaciones para el uso de dicumarínicos en pacientes añosos.23 En estos casos, así como en otras situaciones particulares representadas en la Tabla VI,21, 24 la aspirina en dosis de 81 a 325 mg/d será el tratamiento de elección (recomendación grado IA).

En relación a aquellos pacientes que superaron los 80s y entran a los 90s, carecemos de estudios con un número suficiente de estos pacientes excepcionalmente longevos. Un paciente muy anciano pero con una excelente calidad de vida, totalmente activo, física intelectual y socialmente, puede verse devastado más allá de lo físico por un embolismo y podría beneficiarse de una prevención primaria. En estos casos parece adecuado: 1. reconocer la edad biológica antes que la cronológica; 2. individualizar el tratamiento, discutiendo el beneficio y el riesgo de las diferentes opciones terapéuticas; 3. averiguar y respetar las preferencias personales del paciente (disenso informado).

En cuanto a profilaxis secundaria, sendos trabajos, uno de ellos realizado en población muy anciana, fueron coincidentes en demostrar la superioridad de los AO sobre la aspirina y que el riesgo de embolismo cuando no reciben OA excede el de sangrado cuando lo reciben.

## BIBLIOGRAFIA

- Lane D, Lip GYH. Anti-thrombotic therapy for atrial fibrillation and patients' preferences for treatment. *Age and Ageing* 2005; 34: 1-3
- European Atrial Fibrillation Trial Study Group. Secondary prevention in non-rheumatic atrial fibrillation after transient ischaemic attack or minor stroke. *Lancet* 1993, 342: 1255-62.
- Tsivgoulis G, Spengos K, Zakopoulos N, Manos E, Peppes V, Vemmos K. Efficacy of anticoagulation for secondary stroke prevention in older people with non-valvular atrial fibrillation. a prospective case series study. *Age and Ageing* 2005; 34: 35-40.
- Stroke Prevention in Atrial Fibrillation Investigators. Stroke Prevention in Atrial Fibrillation study: final results. *Circulation* 1991, 84: 527-39.
- Hart RG, Tonarelli SB, Pearce LA. Avoiding central nervous system bleeding during antithrombotic therapy. Recent data and ideas. *Stroke* 2005; 36: 1588-93.
- Hylek EM, Go AS, Chang Y y col. Effect of intensity of oral anticoagulation on stroke severity and mortality in atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2003; 349: 1019-26.
- Gage BF, Boechler M, Doggette AL y col. Adverse outcomes and predictors of underuse of antithrombotic therapy in Medicare beneficiaries with chronic atrial fibrillation. *Stroke* 2000; 31: 822-27.
- Oral anticoagulation treatment in the elderly: a nested, prospective, case-control study. Palareti G, Hirsh J, Legnani C y col. *Arch Int Med* 2000; 160: 470-8.
- Atrial Fibrillation Investigators. Risk factors for stroke and efficacy of antithrombotic therapy in atrial fibrillation. Analysis of pooled data from five randomized controlled trials. *Arch Int Med* 1994, 154: 1449-57.
- Lip GYH, Boos CJ. Antithrombotic treatment in atrial fibrillation. *Heart* 2006; 92: 155-61.
- Wolf PA, Abbott RD, Kannel WB. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study. *Stroke* 1991; 22: 983-8.
- Pengo V, Lenani C, Palaretti G on behalf of the ISCOAT Study Group. Oral anticoagulant therapy in patients with nonrheumatic atrial fibrillation and risk of bleeding. *Thromb Haemost* 2001; 85: 418-22.
- Copland M, Walker ID, Teit RC. Oral anticoagulation and hemorrhagic complications in an elderly population with atrial fibrillation. *Arch Int Med* 2001, 161: 2125-28.
- Hylek EM, Singer DE. Risk factors for intracranial hemorrhage in outpatients taking warfarin. *Ann Int Med* 1994; 120: 897 902.
- Fang MC, Chang Y, Hylek EM y col. Advanced age, anticoagulation intensity and risk for intracranial hemorrhage among patients taking warfarin for atrial fibrillation. *Ann Int Med* 2004; 141: 745-52.
- Stroke Prevention in Atrial Fibrillation. Warfarin versus aspirin for prevention of thromboembolism in atrial fibrillation. Stroke Prevention in Atrial Fibrillation II study. *Lancet* 1994, 343: 687-91.
- Hylek EM, Skates SJ, Sheehan MA, Singer DE. An analysis of the lowest effective intensity of prophylactic anticoagulation for patients with nonrheumatic atrial fibrillation. *N Engl J Med* 1996; 335: 540-46.
- Adjusted-dose warfarin versus low-intensity, fixed-dose warfarin plus aspirin for high-risk patients with atrial fibrillation. Stroke Prevention in Atrial Fibrillation III randomised clinical trial. *Lancet* 1996; 348: 633-8.
- Gullov AL, Koefoed B, Petersen P y col. Fixed mini-dose warfarin and aspirin alone and in combination versus adjusted-dose warfarin for stroke prevention in atrial fibrillation: Second Copenhagen Atrial Fibrillation, Aspirin and Anticoagulation Study. *Arch Int Med* 1998; 158: 1513-21.
- Choosing antithrombotic therapy for elderly patients with atrial fibrillation who are at risk for falls. Man-Son-Hing M, Nichol G, Lau A, Laupacis A. *Arch Int Med* 1999; 159: 677-85.
- Singer DE, Albers GW, Dalen JE, Go AS, Halperin JL, Manning WJ. Antithrombotic therapy in atrial fibrillation. The Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy Chest 2004, 126: 429S-56S.
- Nattel S, Opie L. Controversies in atrial fibrillation. *Lancet* 2006; 367: 262-72.
- Fuster V, Rydén LE, Cannom DS y col. ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for the management of patients with atrial fibrillation - Executive summary. A report from the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force in Practice Guidelines and the European Society of Cardiology Committee for Practice guidelines and Policy Conferences (writing committee to revise the 2001 guidelines for the management of patients with atrial fibrillation). *Circulation* 2006; 114: 700-52.
- Fuster V, Rydén LE, Asinger RW y col. ACC/AHA/ESC guidelines for the management of patients with atrial fibrillation: executive summary. A report from the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force in Practice Guidelines and the European Society of Cardiology Committee for Practice guidelines and Policy Conferences. *J Am Coll Cardiol* 2001; 38: 1231-66.
- Man-So-Hing M, Laupacis A. Anticoagulant-related bleeding in older persons with atrial fibrillation: physicians' fears often unfounded. *Arch Int Med* 2003, 163: 1580-86.
- Kamath S, Lip GY. Atrial fibrillation in the elderly: anticoagulation strategies and indications in the very elderly. *Am J Geriatr Cardiol* 2002; 11: 357-62.

**Tabla I.** Algunas causas de la subutilización de los AO en el paciente añoso con FANV

- Subestimar el riesgo embólico a la par de sobrestimar el de hemorragia, en especial el sangrado cerebral, adoptando una actitud de “evitar el riesgo”. Un trabajo señala que el impacto negativo que ejerce sobre una futura prescripción un episodio de sangrado bajo anticoagulación es mayor que el que ejercen los episodios embólicos que ocurren en ausencia del mismo.
- Prejuicios respecto a que los pacientes rechazarán el tratamiento. Un estudio muestra que, puestos a elegir los pacientes mayoritariamente eligen evitar el ACV.
- Los pacientes de más de 80 años representaron menos del 10% de la población analizada en los estudios de prevención primaria. Las conclusiones de dichos estudios podrían no aplicarse a la población añosa.
- Historia previa de enfermedad cerebrovascular
- Incompetencia presunta en el manejo de los AO
- Rango terapéutico seguro más estrecho en ancianos
- Mayor dificultad en mantener la RIN dentro del rango
- Mayor inestabilidad de la marcha y riesgo de caídas
- Los AO se ubican en el grupo de fármacos responsable del mayor número de efectos adversos en ancianos

**Tabla II.** Edad y riesgo de embolismo en FANV

<i>Estudio</i>	<i>Punto de corte</i>	<i>Riesgo relativo</i>
AFI	>65	1.4 por c/década
SPAF I-II	>75	1.8 por c/década 3.8 en mujeres >75
CHADS2	>75	1 punto en el score

**Tabla III.** Posibles causas de la mayor frecuencia de sangrado en ancianos

- Mayor prevalencia de leucoaraiosis o de angiopatía amiloide cerebral.
- Posible alteración de la integridad de la pared vascular en pacientes con FA
- Deterioro cognitivo o sensorial
  - Menor adherencia al tratamiento
- Presencia de comorbidez
- Polifarmacia
  - Uso simultáneo de  $\geq 4$  drogas RR x 2.3
  - Uso simultáneo de aspirina OR 1.5
- Mayor frecuencia de sobreanticoagulación (25% en >80 vs. 15% en <60 años)
  - dieta pobre, menos ingesta o absorción de vitamina K
  - cambios en la farmacocinética de los dicumarínicos

**Tabla IV.** Eficacia de diferentes terapéuticas antitrombóticas en FANV según edad y presencia de factores de riesgo

<i>Edad</i>	<i>Presencia de factores de riesgo</i>	<i>Eventos (x 100 pac./año)</i>	<i>Warfarina Aspirina</i>
<75	No	1	0.5
	Si	1.5	2.9 (s)
>75	No	2.5	1.8
	Si	4.2	7.2 (s)

(s) significativo versus grupo sin factores de riesgo.

**Tabla V.** Contraindicaciones para el uso de AO en FANV del anciano

- Diátesis hemorrágica
- Trombocitopenia <50000
- RIN elevada
- HTA mal controlada
- Incumplimiento con la medicación, las dosis o los controles

**Tabla VI.** FANV en ancianos: cuándo optar por aspirina en lugar de AO

- CI definitiva para AO
- Ausencia de una indicación definitiva para AO:
  - riesgo embólico no-alto
    - . FA sin factores de riesgo (AAS es 1ra. elección)
    - . un sólo factor de riesgo débil o moderado
- Presencia de algún factor de riesgo para el uso de AO:
  - riesgo de sangrado aumentado pero sin CI clara
  - medicación o comorbidez concomitante que aumente el riesgo de sangrado o interfiera con el control de la anticoagulación
  - no está garantizado el cumplimiento de las dosis y de las pautas generales de manejo del anticoagulado crónico o la accesibilidad a controles regulares y frecuentes o a una supervisión médica que permita reevaluar en forma periódica el riesgo/beneficio del tratamiento anticoagulante.
- Preferencia individual del paciente

**Figura 1.** Incidencia de ACV por 100 pacientes/año en pacientes con FANV no anticoagulados

