



Introducción

El accidente cerebrovascular isquémico (ACVI) es un motivo de consulta frecuente en la atención ambulatoria de la especialidad. En diversas situaciones, la anticoagulación puede ser la terapia preventiva de elección para estos pacientes. Algunas indicaciones son indiscutibles, como la patología cardioembólica, pero, en otros casos, el uso de anticoagulantes es controversial. El objetivo de este documento es revisar y actualizar las indicaciones de anticoagulación para los pacientes con ACVI o accidente isquémico transitorio (AIT).

1. Anticoagulación en Pacientes con ACVI o AIT y Patología Cardioembólica

Las embolias cerebrales de origen cardiaco representan aproximadamente el 20% de los ACVI. La mitad de los casos corresponden a fibrilación auricular (FA) no valvular (FANV), un cuarto a enfermedad valvular y un tercio a la presencia de trombos murales en el ventrículo izquierdo (VI).

1A. Fibrilación Auricular

La FANV (persistente o paroxística) es un factor predictivo de un primer ACVI y de ACVI recurrente. En EEUU es la arritmia más frecuente en ancianos; los pacientes con FANV y ACVI o AIT previo tienen un riesgo relativo de ACVI de 2.5. Además del ACVI previo, existen otros factores que aumentan el riesgo de evento cerebrovascular en los pacientes con FANV: edad, insuficiencia cardíaca congestiva reciente, hipertensión arterial (HTA), diabetes (DBT) y tromboembolismo previo. La presencia en el ecocardiograma de disfunción del VI, aumento de diámetro de la aurícula izquierda (AI), calcificación anular mitral o trombo en la AI también se relaciona con mayor riesgo de ACVI.

En múltiples estudios se ha demostrado la superioridad de la warfarina contra placebo para la prevención de eventos tromboembólicos en pacientes con FANV. Dentro de la información se puede mencionar:

- Disminución del riesgo relativo de evento tromboembólico en un 68% con tratamiento anticoagulante.
- Reducción de la tasa anual de ACVI de 4.5% (grupo control) a 1.4% (anticoagulación).
- Cada 1000 pacientes tratados por año, se previenen 31 ACV.
- La tasa anual de sangrado mayor con warfarina es de 1.3%, contra 1% para placebo o ácido acetilsalicílico (AAS).
- El rango internacional normalizado (RIN) recomendado es de 2.0 a 3.0 (proviene de un estudio de casos y controles y de 2 ensayos aleatorizados controlados).

Copia N°:	Representante de la Dirección:	Fecha:
	<i>Revisó</i>	<i>Aprobó</i>
<i>Nombre</i>	Dr. Leonardo Gilardi	Dra. Inés Morend
<i>Firma</i>		
<i>Fecha</i>	07/05	22/05



Si bien es claro el beneficio de la anticoagulación para los pacientes con FANV, en muchos casos esta estrategia no es posible dado el alto riesgo de sangrado, las preferencias del paciente u otras circunstancias. Existen distintas escalas que ayudan a establecer tanto el riesgo de ACV cardioembólico (CHADS₂ y CHADS₂DS₂-VASc) y de sangrado (HAS-BLED). (Ver apéndice 1).

En otras ocasiones, la dificultad en la indicación de antagonistas de la vitamina K se relaciona con sus múltiples interacciones farmacológicas y con alimentos, necesidad de controles periódicos, etc., lo que hace que la anticoagulación sea subutilizada. En este sentido parece promisorio la aparición de los nuevos anticoagulantes orales.

Para los pacientes que no puedan recibir anticoagulación se recomienda indicar AAS. Sin embargo, no se recomienda en ninguna situación la combinación de AAS + warfarina, ya que no se ha demostrado su superioridad sobre warfarina sola, al tiempo que produce mayor riesgo de sangrado.

Otra cuestión importante es el momento de inicio de la anticoagulación luego de un ACVI o AIT cardioembólico. No hay evidencia que demuestre superioridad de warfarina contra AAS en agudo (“anticoagulación urgente”), aunque se necesitan estudios que evalúen a los pacientes con mayor riesgo de embolia (FANV + trombo en AI). En general, y a partir del diseño del estudio *European Atrial Fibrillation Trial* (EAFT), se inicia la anticoagulación dentro de los 14 días del AIT o ACVI. En pacientes con ACV extensos, transformación hemorrágica extensa o HTA no controlada podría ser apropiado esperar más tiempo.

En el caso de enfermos en tratamiento anticoagulante que presentan un nuevo evento cerebrovascular, no está demostrado que el aumento de intensidad de la anticoagulación sea beneficioso.

Otra situación que se plantea en este grupo de pacientes es la necesidad de suspender la anticoagulación temporalmente (por ejemplo, para algún procedimiento quirúrgico). En este caso sólo se recomienda el “tratamiento puente” con heparina de bajo peso molecular (HPBM) para aquellos pacientes de alto riesgo:

- ACVI o AIT en los 3 meses previos
- CHADS₂ 5-6
- Enfermedad valvular reumática
- Válvula protésica mecánica



Recomendaciones

1. *Para pacientes con ACVI o AIT y FANV persistente o paroxística se recomienda anticoagulación con un RIN objetivo de 2.5 (rango 2.0-3.0) (clase 1, nivel de evidencia A).*
2. *Para los pacientes que no puedan tomar anticoagulantes se recomienda AAS sola (clase I, nivel de evidencia A). La combinación de AAS + clopidogrel conlleva un riesgo de sangrado similar a la warfarina y, por lo tanto, no se recomienda en sujetos con contraindicación hemorrágica para warfarina (clase III, nivel de evidencia B).*
3. *Para pacientes con FA y alto riesgo de ACV (ACVI o AIT en los 3 meses previos, CHADS₂ 5-6, enfermedad valvular reumática, válvula protésica mecánica) que requieren interrupción temporaria de la anticoagulación, la terapia puente con HBPM subcutánea es razonable (clase IIa, nivel de evidencia C).*

1B) Infarto Agudo de Miocardio (IAM) y Trombo del VI

Cuando no se realiza terapia de reperfusión, se observan trombos intracardiacos en las 2 primeras semanas en un tercio de los pacientes con IAM anterior y en mayor proporción en aquellos con IAM extensos con compromiso del ápex del VI. Sin anticoagulación, el 10% de los pacientes con trombo del VI después de un IAM presentan ACVI.

Existen otras causas de trombosis en el VI que también aumentan el riesgo de ACVI independientemente de la presencia de FA:

- disfunción crónica del VI secundaria a enfermedad coronaria
- HTA
- otras formas de miocardiopatía dilatada

Se han realizado 3 estudios con gran cantidad de pacientes con IAM inferior o anterior tratados con heparina y luego warfarina; en ellos se observó una disminución del riesgo de ACVI cardioembólico de 3% (placebo) a 1% (anticoagulación). Los anticoagulantes disminuyen, además, la formación de trombos del VI en un 50%.

No hay consenso acerca de la duración de la anticoagulación en este grupo de pacientes, pero dado que hay mayor riesgo de tromboembolismo en los primeros 3 meses posteriores al IAM, ésta suele ser la duración mínima.

Recomendaciones

1. *Para pacientes con ACVI o AIT causado por un IAM en el que se identificó un trombo mural del VI por ecocardiograma u otro método, se debe indicar tratamiento anticoagulante oral con un RIN objetivo de 2.5(rango de 2.0 a 3.0) por al menos 3 meses (clase I, nivel de evidencia B).*



1C) Miocardiopatía Dilatada

Cerca del 10% de los pacientes con ACVI tiene una fracción de eyección del VI \geq 30%. Pese a esta asociación no hay estudios con alto nivel de evidencia para recomendar el uso de anticoagulantes.

Recomendaciones

1. *En pacientes con ACVI o AIT previo y ritmo sinusal, con miocardiopatía caracterizada por disfunción sistólica (fracción de eyección del VI > 35%), no ha sido establecido el beneficio del uso de warfarina (clase IIb, nivel de evidencia B).*
2. *Para prevenir la recurrencia de eventos isquémicos en pacientes con ACVI o AIT previo y cardiomiopatía se puede considerar el uso de warfarina (RIN 2.0-3.0), AAS (81 mg/d), clopidogrel (75 mg/d) o la combinación de AAS (25 mg 2 veces al día) + dipiridamol (200 mg 2 veces al día) (clase IIb, nivel de evidencia B).*

1D) Enfermedad de Válvula Nativa

- Enfermedad mitral reumática:
 - Se asocia con embolia recurrente en el 30% a 65% de los pacientes y es más frecuente dentro del primer año (60% a 65% de los casos). La valvuloplastia mitral no elimina el riesgo de tromboembolismo.
 - Se cuenta con estudios observacionales que muestran que la anticoagulación a largo plazo disminuye el riesgo de embolia sistémica. No se ha evaluado la terapia combinada (AAS + warfarina).
- Prolapso de válvula mitral:
 - Es la enfermedad valvular más común en adultos. Si bien se ha reportado la asociación con tromboembolismo, generalmente es asintomática.
 - No hay estudios que evalúen la eficacia de la terapia antitrombótica en este grupo de pacientes.
- Calcificación anular de la válvula mitral:
 - Es más frecuente en mujeres y en ocasiones se asocia con regurgitación mitral significativa. No se conoce la incidencia de embolia sistémica o cerebral en este grupo de pacientes, pero, en un estudio en amerindios de EEUU, la calcificación anular mitral fue un factor de riesgo para ACVI.
 - No hay estudios que evalúen la anticoagulación en esta patología.
- Enfermedad valvular aórtica:
 - En ausencia de FA o enfermedad valvular mitral, la embolia sistémica es rara.

Recomendaciones

1. *Para pacientes con ACVI o AIT y enfermedad mitral reumática, con FA o sin ella, es razonable la anticoagulación a largo plazo con RIN de 2.5 (rango 2.0-3.0) (clase IIa, nivel de evidencia C)*
2. *Para evitar el riesgo adicional de sangrado no se recomienda el agregado de agentes antiplaquetarios a la anticoagulación en forma rutinaria (clase III, nivel de evidencia C).*
3. *Para pacientes con ACVI o AIT y enfermedad mitral no reumática o de válvula aórtica nativa sin FA, la terapia antiagregante plaquetaria puede ser razonable (clase IIb, nivel de evidencia C).*
4. *Para pacientes con ACVI o AIT y calcificación anular de la mitral la terapia antiagregante plaquetaria es razonable (clase IIb, nivel de evidencia C).*
5. *Para pacientes con ACVI o AIT y prolapso de válvula mitral los antiagregantes plaquetarios a largo plazo son una terapia razonable (clase IIb, nivel de evidencia C).*

1E) Válvulas Protésicas

La evidencia para el uso de anticoagulantes en pacientes con válvulas protésicas proviene de un estudio con 3 ramas de tratamiento (warfarina versus 2 combinaciones distintas de antiagregantes plaquetarios), en el que se observó un 2% de embolias paciente/año en el grupo con warfarina versus 8% a 10% en los otros grupos. Con la combinación de AAS y warfarina se reduce en mayor medida el riesgo de embolia, pero aumenta el de sangrado menor.

Recomendaciones

1. *Para pacientes con ACVI o AIT y válvulas protésicas mecánicas se recomienda la anticoagulación con un RIN objetivo de 3.0 (rango 2.5-3.5) (clase I, nivel de evidencia B).*
2. *En el caso de que el ACVI o embolia sistémica suceda en un paciente anticoagulado se puede agregar AAS 75 a 100 mg/día manteniendo la warfarina con un RIN de 3.0, excepto para pacientes con alto riesgo de sangrado (clase IIa, nivel de evidencia B).*
3. *En el caso de las válvulas protésicas biológicas se debe considerar la anticoagulación oral con un RIN 2.0-3.0 (clase IIb, nivel de evidencia C).*



2. Anticoagulación en Pacientes con ACVI o AIT no Cardioembólico

Muchos estudios evaluaron la eficacia de la anticoagulación en afecciones de grandes arterias intracraneales y extracraneales, enfermedad de pequeño vaso y ACVI criptogénico, sin hallar evidencia para el uso de anticoagulación. Se pueden citar como ejemplos:

- *Stroke Prevention in Reversible Ischemia Trial (SPIRIT)*: se suspendió por el aumento de sangrado en el grupo tratado con warfarina (RIN 3.0-4.5).
- *European/Australasian Stroke Prevention in Reversible Ischaemia Trial (ESPRIT)*: se suspendió por la superioridad de la combinación AAS + dipiridamol *versus* AAS. Los pacientes tratados con warfarina tuvieron mayor riesgo de sangrado con una reducción no significativa de la tasa de ACVI.
- *Warfarin-Aspirin Recurrent Stroke Study (WARSS)*: estudio aleatorizado, doble ciego, multicéntrico, que evaluó warfarina *versus* AAS en ACVI no cardioembólico. No se hallaron diferencias entre ambos tratamientos para la prevención de ACVI.
- *Warfarin-Aspirin Symptomatic Intracranial Disease (WASID)*: en pacientes con estenosis intracraneal, se obtuvieron resultados similares al WARSS.

3. Pacientes con ACVI y Situaciones Especiales

3A) Disección Arterial

La disección arterial es una causa conocida de enfermedad cerebrovascular isquémica, fundamentalmente en pacientes jóvenes. Es más frecuente a nivel de las carótidas internas cervicales y arterias vertebrales, y menos frecuente en arterias intracraneales y en la aorta. Si bien el uso de terapia anticoagulante está difundido en estos casos, esta indicación no surge de estudios prospectivos aleatorizados. En general se utiliza la anticoagulación temprana con HBPM al momento del diagnóstico, dado que el riesgo de ACVI es mayor los primeros días luego de la disección.

Una revisión realizada por la base Cochrane de 327 pacientes con disección carotídea, provenientes de 26 series de casos, no informó diferencias significativas en mortalidad o discapacidad entre tratamiento anticoagulante y antiagregante plaquetario. La recurrencia de ACVI fue de 1.7% para el grupo de anticoagulados, 3.8% para el de tratamiento antiagregante plaquetario y 3.3% para el grupo placebo.

La duración del tratamiento anticoagulante es arbitraria, generalmente de 3 a 6 meses. Algunos autores sugieren confirmar la recanalización de la arteria mediante imágenes. De todos modos, la persistencia de aneurisma disecante o la resolución incompleta de la disección no parecen aumentar el riesgo de ACV recurrente.

Recomendaciones

1. *En pacientes con ACVI o AIT y disección extracraneal carotídea o vertebral es razonable el uso terapia antitrombótica durante 3 a 6 meses (clase IIa, nivel de evidencia B).*
2. *La eficacia relativa de los agentes antiagregantes plaquetarios contra los anticoagulantes es desconocida para pacientes con ACVI o AIT y disección extracraneal carotídea o vertebral (clase IIb, nivel de evidencia B).*

3B) Foramen Oval Permeable

La prevalencia de foramen oval permeable (FOP) en la población adulta de EEUU es de 15% a 25%. La tasa anual estimada de recurrencia de ACV criptogénico en pacientes con FOP es del 1.5% al 12%, dependiendo de la población estudiada, pero no está claro si existe una relación causal. EL FOP se puede asociar con aneurisma del tabique interauricular; en este caso, se lo relaciona con aumento del riesgo de ACVI en menores de 55 años. En un subgrupo del estudio WARSS, no se halló diferencia en la prevención de ACVI entre AAS y warfarina.

Recomendaciones

1. *Para pacientes con FOP y ACVI o AIT es razonable la terapia antiagregante (clase IIa, nivel de evidencia B)*
2. *Los datos son insuficientes para establecer si la anticoagulación es equivalente o superior a la AAS para la prevención secundaria del ACV en pacientes con FOP (clase IIb, nivel de evidencia B).*

3C) Estados de Hipercoagulabilidad

Trombofilias hereditarias: déficit de proteína C, proteína S, AT III, factor V de Leyden o mutación de protrombina G20210A.

Recomendaciones

1. *A los pacientes con AIT o ACVI y una trombofilia hereditaria documentada se los debe evaluar para descartar trombosis venosa, que es una indicación para terapia anticoagulante a corto o largo plazo dependiendo de las circunstancias clínicas o hematológicas (clase I, nivel de evidencia A).*
2. *En ausencia de trombosis venosa y si no hay otra causa de ACVI se puede optar entre terapia anticoagulante o antiagregante a largo plazo (clase IIa, nivel de evidencia C).*
3. *Los pacientes con eventos tromboticos recurrentes o trombosis venosa cerebral pueden ser considerados para terapia anticoagulante a largo plazo (clase IIa, nivel de evidencia C).*

Anticuerpos antifosfolípidos: la prevalencia de los anticuerpos antifosfolípidos va del 1% al 6.5% y es mayor en ancianos y en pacientes con lupus. Sin embargo, la asociación con ACVI es más elevada en pacientes jóvenes (menores de 50 años). El síndrome antifosfolípido se define como presencia de enfermedad oclusiva arterial y venosa en múltiples órganos y pérdida fetal más IgM y/o IgG anticardiolipinas o anticoagulante lúpico en títulos medianos o altos en 2 ó más determinaciones separadas al menos por 6 meses. En un subestudio del protocolo WARSS (APASS) se comparó warfarina *versus* AAS para la prevención de ACVI en pacientes con anticuerpos antifosfolípidos sin hallarse diferencias para el criterio de valoración compuesto (mortalidad de cualquier causa, ACVI, AIT, IAM, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar y otras embolias sistémicas).

Recomendaciones

1. *Para los pacientes con ACVI o AIT criptogénicos en los que se detectan anticuerpos antifosfolípidos es razonable la indicación de antiagregantes plaquetarios (clase IIa, nivel de evidencia B).*
2. *Para los pacientes con ACVI o AIT que cumplen los criterios para síndrome antifosfolípido la anticoagulación oral con un RIN objetivo de 2.0 a 3.0 es razonable (clase IIa, nivel de evidencia B).*

3D) Trombosis de Seno Venoso

La incidencia anual es de 3 a 4 por millón de personas y corresponde a menos del 1% de los ACV. En este escenario, es frecuente el uso de anticoagulación tanto para el tratamiento inicial como para la profilaxis secundaria. Dos estudios compararon heparina no fraccionada (HNF) o HBPM contra placebo en estos casos; ambos fueron suspendidos por la superioridad de la anticoagulación.

En una revisión Cochrane, la anticoagulación se asoció con un riesgo relativo de muerte de 0.33 y de muerte o dependencia de 0.46; no se observaron hemorragias intracerebrales nuevas. Sobre la base de estos resultados, este grupo recomienda la anticoagulación temprana con HNF o HBPM aunque haya transformación hemorrágica.

No hay datos de estudios aleatorizados acerca de la duración del tratamiento. Para un evento inicial, la duración informada es de 3 a 12 meses y en general se siguen las recomendaciones para trombosis venosa profunda. Tras suspender la anticoagulación se sugiere el tratamiento antiagregante indefinidamente.



Recomendaciones

1. La anticoagulación probablemente es efectiva en pacientes con trombosis venosa cerebral (clase IIa, nivel de evidencia B).
2. En ausencia de datos provenientes de estudios que establezcan la duración óptima del tratamiento anticoagulante, es razonable mantenerla durante al menos 3 meses y luego administrar antiagregantes (clase IIa, nivel de evidencia C).

3E) ACVI en Embarazada

La incidencia de ACV en este grupo es de 11 a 26 cada 100000 nacimientos y el riesgo es mayor en el período posparto y los días cercanos al nacimiento. Hay 2 escenarios posibles:

- Condiciones de alto riesgo que requerirían anticoagulación,
- Condiciones de riesgo incierto o bajo que requerirían antiplaquetarios.

Dado que no hay estudios aleatorizados para evaluar estos escenarios se extrapola la evidencia para TVP y cardiopatías de alto riesgo en este grupo de pacientes.

Recomendaciones

1. Para embarazadas con ACVI o AIT y condiciones con alto riesgo de tromboembolia se pueden considerar las siguientes opciones: dosis ajustada de HNF durante todo el embarazo; dosis ajustada de HBPM durante todo el embarazo; HNF o HBPM hasta la semana 13, seguida de warfarina hasta la mitad del tercer trimestre y HNF o HBPM hasta el parto (clase IIb, nivel de evidencia C).
2. En ausencia de patología con alto riesgo de tromboembolia, las embarazadas pueden recibir HNF o HBPM durante el primer trimestre seguida por AAS en dosis bajas (clase IIb, nivel de evidencia C).

4. Uso de Anticoagulación en Pacientes con Hemorragia Intracerebral (HIC)

Se plantea un problema médico difícil cuando se debe indicar o reiniciar anticoagulación luego de una hemorragia cerebral. Para resolver esta situación se deben tomar en cuenta factores como el tipo de HIC, edad del paciente, factores de riesgo para hemorragia recurrente y la indicación de la anticoagulación.



Recomendaciones

1. *En los pacientes que han presentado HIC, hemorragia subaracnoidea o un hematoma subdural se deben suspender los anticoagulantes y antiagregantes durante al menos 1 a 2 semanas y el efecto anticoagulante se debe revertir con agentes apropiados. (clase IIa, nivel de evidencia B).*
2. *La decisión de reiniciar la terapia antitrombótica en pacientes con HIC relacionada con terapia antitrombótica depende del riesgo de tromboembolismo arterial o venoso, riesgo de HIC recurrente y estado general del paciente. Para pacientes con riesgo comparativo bajo de isquemia (p. ej. FA sin ACVI previo) y alto riesgo de angiopatía amiloide (p. ej. pacientes ancianos con HIC lobar) o con importante deterioro neurológico, se debe considerar un agente antiagregante plaquetario para la prevención de ACVI. En pacientes con muy alto riesgo de tromboembolismo, en quienes se considera reiniciar la anticoagulación puede ser razonable recomenzarla 7 a 10 días luego de la HIC (clase IIb, nivel de evidencia B).*
3. *Para pacientes con infarto cerebral hemorrágico puede ser razonable continuar la anticoagulación, dependiendo del escenario clínico específico y la indicación subyacente de anticoagulación (clase IIb, nivel de evidencia C).*

Bibliografía

1. Furie K, Kasner S, Adams RJ et al. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke or transient ischemic attack: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association / American Stroke Association. Stroke 2011; 42: 227-276.
2. Camm J, Lip G, De Caterina R et al. 2012 focused update of the ESC guidelines for the management of atrial fibrillation. Eur Heart J 2012; 33: 2719-2747.
3. Easton D. Antithrombotic management of transient ischemic attack and ischemic stroke (other than atrial fibrillation). Curr Atheroscler Rep 2011; 13: 314-320.
4. Grupo de Trabajo de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Neurológica Argentina. Guías de práctica clínica para la prevención secundaria del accidente cerebrovascular isquémico y el ataque isquémico transitorio. Revista Neurológica Argentina 2006; 31: 80-104.
5. Adams HP Jr, Adams RJ, Brott T et al for the Stroke Council of the American Stroke Association. Guidelines for the early management of patients with ischemic stroke: a scientific statement from the Stroke Council of the American Stroke Association. Stroke 2003; 34: 1056-83
6. Sacco RL, Adams R, Albers G, Benavente O et al. Guidelines for Prevention of Stroke in Patients with Ischemic Stroke or Acute Ischemic Attack. A statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association Council on Stroke. Stroke 2006; 37: 577-617.



APÉNDICE 1: Escalas para la Valoración del Riesgo

Riesgo de ACVI
CHADS₂
Se asigna un punto por cada ítem, excepto por ACVI (2 puntos)
Insuficiencia cardíaca congestiva (<i>Congestive heart failure</i>)
HTA (<i>Hypertension</i>)
Edad \geq 75 años (<i>Age \geq 75 years</i>)
DBT (<i>Diabetes</i>)
ACVI (<i>Stroke</i>)
CHA₂DS₂-VAsc
Se asigna un punto por cada ítem, excepto edad (2 puntos) y ACVI (2 puntos). Esta escala otorga mayor peso y toma en cuenta condiciones comunes para el grupo de pacientes en cuestión que estaban excluidas del CHADS ₂ . Se recomienda su utilización.
Insuficiencia cardíaca congestiva o disfunción del VI (<i>Congestive heart failure</i>)
HTA (<i>Hypertension</i>)
Edad \geq 75 años (<i>Age \geq 75 years</i>)
DBT (<i>Diabetes</i>)
ACVI (<i>Stroke</i>)
Enfermedad vascular (<i>Vascular disease</i>)
Edad entre 65 y 74 años (<i>Age 65-74 years</i>)
Sexo femenino (<i>Sex category female</i>)
<i>En ambas escalas, un puntaje de 0 implica no considerar al paciente para tratamiento anticoagulante. Un puntaje de 1 conlleva adecuar la indicación a cada paciente en particular. Valores de 2 ó más son indicación de anticoagulación excepto que haya contraindicaciones.</i>

Riesgo de Sangrado
HAS-BLED
HTA (<i>Hypertension</i>)
Función renal o hepática anormal (<i>Abnormal renal or liver function</i>)
ACVI (<i>Stroke</i>)
Antecedente o predisposición al sangrado (<i>Bleeding history or predisposition</i>)
RIN lábil (<i>Labile INR</i>)
Anciano ($>$ 65 años, fragilidad) (<i>Elderly</i>)
Uso concomitante de drogas o alcohol (<i>Drugs / Alcohol concomitantly</i>)
<i>Un puntaje de 3 o más se asocia a alto riesgo de sangrado.</i>