

Capítulo de controversias en Hemostasia y Trombosis

Jorge Korin, Gonzalo Pombo,
Carlos Fondevila



ARTÍCULO
ESPECIAL

HEMATOLOGÍA, Vol. 4 N° 2:77-83
Mayo-Agosto, 2000

INTRODUCCIÓN BREVE

Cuando imaginamos un capítulo de controversias en hemostasia la idea fue plantearnos problemas concretos que se nos presentan a los hematólogos frecuentemente y que no tienen una fácil solución.

Justamente quisimos preguntarle a un grupo de profesionales con gran experiencia en hemostasia y trombosis nuestras dudas ante situaciones que no tienen una respuesta práctica en los textos de hematología corriente.

Creemos que esta primera controversia es especialmente útil para el hematólogo general que debe manejar al paciente crónicamente anticoagulado.

¿CUÁNDO DEBERÍA SUSPENDER EL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE UN PACIENTE CON ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA (TVP O TEP)?

INTRODUCCIÓN:

Este es uno de los puntos de controversia actual en el tratamiento anticoagulante. Sabemos que los Anticoagulantes Orales (AO) son altamente efectivos para evitar nuevos episodios trombóticos y que estos pueden repetirse en el tiempo hasta en un 20% de los casos en 5 años. Pero también sabemos que el riesgo real de una hemorragia mayor que le cueste la vida al paciente impide considerar como alternativa un tratamiento con AO excesivo sin una indicación clara por tratarse de una terapia potencialmente peligrosa.

Clásicamente se decía en forma arbitraria que una TVP requería 3 meses de tratamiento anticoagulante y un TEP 6 meses. Hoy se sabe que en realidad se

debe tener en cuenta la persistencia o no de factores de riesgo trombótico.

Así se considera como con bajo riesgo de nuevos eventos a pacientes con factor de riesgo considerado como resuelto Ej: una trombosis (TVP - TEP) en el postoperatorio de cirugía, post inmovilidad transitoria con un yeso o fractura, o secundaria al uso de anticonceptivos orales o de un embarazo.

Hay otro grupo de pacientes con riesgo intermedio en donde no se puede constatar ningún factor de riesgo y se debe considerar a la trombosis como «espontánea».

El tercer grupo es aquel que tiene un factor de riesgo persistente en el tiempo Ej: pacientes con neoplasia activa, trombofilia o múltiples episodios trombóticos.

Debemos determinar en consecuencia la duración de nuestro tratamiento teniendo en cuenta el grupo de riesgo del paciente, su compliance para seguir las indicaciones y el riesgo de hemorragias.

Dr JORGE KORIN:

Si en la pregunta sobre hemorragia la dificultad estriba en la ausencia de estudios prospectivos adecuados, en ésta la controversia surge de la existencia de varios estudios de buen diseño (1-3) que sin embargo no permiten brindar conclusiones uniformes. No obstante, de su análisis pueden surgir ciertos consensos provisorios sobre el tema. El estudio inglés (1) involucró 712 pacientes -sólo el 71% de los cuales tuvieron confirmación objetiva diagnóstica de TVP o TEP- a los que dividió en una rama de 4 semanas de duración y otra de 3 meses. El estudio sueco (2) se realizó sobre 897 pacientes, todos ellos con confirma-

ción diagnóstica, divididos en una rama con 6 semanas de anticoagulación y otra de 6 meses. Como el anterior, incluyó pacientes con factores desencadenantes identificables (TVP secundarias) y con TVP idiopáticas. El estudio canadiense (3) sólo comprende pacientes con primer episodio de TVP idiopática (n= 162) a los que, luego de 3 meses de tratamiento se dividió en una rama que continuó el tratamiento durante dos años y otra que recibió placebo.

Analizaremos en primer lugar las recurrencias. Estas tuvieron lugar sobre todo al concluir los períodos preestablecidos de tratamiento, durante un lapso de seguimiento que fue variable para los tres estudios y que se muestra en la tabla 1.

Como puede observarse, si tomamos todos los pacientes, no importa cuánto tiempo se elija para anticoagular, siempre el tratamiento más prolongado reduce a la mitad las recurrencias con respecto al más corto.

Qué sucede si dividimos los pacientes entre aquellos con factores de riesgo transitorios para TVP que ya no están presentes en el momento de suspender la anticoagulación (por ej: postquirúrgicos) y los que tienen factores de riesgo persistentes o bien son TVP idiopáticas? (Tabla 2).

Una primera conclusión es válida: si pueden identificarse y corregirse -a veces sólo por el paso del tiempo- factores de riesgo de TVP, el riesgo de recurrencia puede ser lo suficientemente bajo como para no justificar una terapéutica prolongada. En cambio ésta es imprescindible ante factores de riesgo no modificables o desconocidos.

Si los 3 estudios son concordantes que mayor duración de tratamiento es mejor, ¿cuál es el precio a pagar? Este se evidencia mejor en otro estudio de

Schulman y col (1996) sobre pacientes con primera recurrencia de TVP que recibieron tratamiento por 6 meses o por tiempo indefinido.

La hemorragia es especialmente más alta en pacientes mayores de 65 años y con condiciones comórbidas asociadas (42% vs 3% en jóvenes sin otra patología). (Beyth RJ y col, Am J Med 1998; 105:91-99)

Por otra parte, aproximadamente 20% de las hemorragias mayores son fatales mientras que sólo el 5-7% de las recurrencias de TVP son fatales. De modo que la balanza incluye un platillo con recurrencias en aproximadamente el 10% en los dos primeros años, y al menos 4% / año luego de ese período, con la mitad de los episodios desarrollados sin nuevo factor predisponente, por lo que la profilaxis en lapsos de alto riesgo no sería suficiente. Esto representa una probabilidad de mortalidad de causa trombo-embólica del 2,5 al 7% al cabo de 10 años. En el otro platillo tenemos la hemorragia mayor por anticoagulación con una incidencia entre el 1 y el 4% anual, lo que implica una mortalidad debida a hemorragia del 2 al 8% en el mismo período de 10 años. Resulta evidente que la solución al problema no es, para la mayoría de los pacientes, prolongar la duración del tratamiento (Tabla 3). Más aún, una reciente presentación de G. Agnelli y col en el XVIIth Congreso de la Sociedad Internacional de Hemostasia y Trombosis, revela que, comparando 3 meses contra 1 año de tratamiento en TVP idiopática, la reducción de recurrencias que se obtiene durante el curso de la terapéutica se pierde en el año post-tratamiento, donde las curvas de recurrencias de ambos grupos se juntan (Tabla 4)

La curva de recurrencias de este estudio italiano es diferente de la del estudio canadiense pese a que

Tabla 1. Utilidad de tratamientos más prolongados en TVP

Estudio Duración del seguimiento	Recurrencias bajo tratamientos cortos (%)	Recurrencias bajo tratamientos largos (%)	Riesgo relativo
INGLES (12 meses)	7,8	4	0,51
SUECO (24 meses)	18,1	9,5	0,52
CANAD. (11 meses)	11,2	6,2	0,55

Tabla 2. Relación de las recurrencias con la persistencia de factores de riesgo

Estudio	Recurrencias con F.de riesgo transitorios (%)	Recurrencias con F.de riesgo persistentes (%)	Riesgo relativo
INGLES	0,9	6,9	8
SUECO	6,7	18	2,7
CANADIENSE	2,4	12,4	5,1

Tabla 3. Hemorragia mayor versus recurrencias al prolongar indefinidamente el tratamiento

Evento	Tratamiento por 6 meses	Tratamiento indefinido	O.R.	P
Hemorragia mayor	2,7%	8,6%	0.3	0.05
Recurrencias	20,7%	2,6%	9.8	<0.001
Mortalidad	14,4%	8,6%	1.8	0.17

Tabla 4. Aproximación de las curvas de recurrencias en TVP idiopáticas.

Eventos	Anticoagulación 3 meses	Anticoagulación 12 meses
Recurrencia en el 1er año	7,5%	1,5%
Recurrencia al fin del 2º año	14,4%	11,8%
Hemorragia mayor	1,5%	4,5%

ambos se realizaron sobre «iguales poblaciones» de pacientes con TVP idiopáticas (Conclusión : la TVP idiopática es una entidad no homogénea).

Las líneas de trabajo futuras para superar este empate técnico entre recurrencia y hemorragia, incluyen prolongar la anticoagulación pero a INR más bajos o bien buscar más activamente lo que se esconde bajo el rótulo de TVP idiopática investigando desde el principio del tratamiento trombofilias y neoplasias. Si estas hipótesis no fueran efectivas, nuevos agentes antitrombóticos como pentasacáridos de acción prolongada o antitrombóticos orales, buscarán reemplazar a los dicumarínicos en profilaxis secundaria.

¿Qué se puede recomendar como duración de anticoagulación en forma tentativa?

El Dr J Hirsch realizó una encuesta entre los autores de los estudios canadiense, sueco e italiano y los resultados son:

TVP distal con causa reversible: Entre 6 semanas y 3 meses

TVP distal idiopática: Entre 6 meses y 1 año

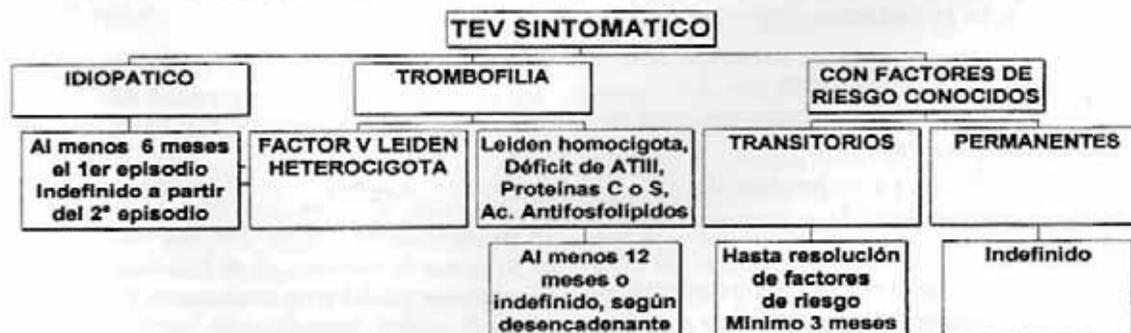
TVP proximal con causa reversible: Entre 3 y 6 meses

TVP proximal idiopática: Entre 6 meses y 2 años
Como se ve, existe una considerable discrepancia aún entre expertos.

Algunas recomendaciones generales son sin embargo, posibles: 1) evitar una anticoagulación prolongada, especialmente si las causas de TVP han sido revertidas, en pacientes de edad avanzada o con riesgo hemorrágico espontáneo elevado, 2) prolongar la anticoagulación en los pacientes con factores desencadenantes débiles o desconocidos («idiopáticos»), 3) dado que el riesgo de mortalidad en la recurrencia es mayor en los pacientes con TEP previo que en los que no tuvieron TEP (25 versus 5%) sería conveniente certificar la presencia de TEP al diagnóstico y prolongar la anticoagulación en los pacientes con diagnóstico positivo.

Una estimación más acorde con el lenguaje estadístico (meses de profilaxis secundaria necesarios para evitar un evento trombótico) puede ser revisada por el lector en una reciente revisión de Prins y col (4). Para aquellos que prefieren evitar muchas cifras, el siguiente es un algoritmo que resume las recomendaciones sobre duración de tratamiento.

DURACIÓN DE ANTICOAGULACIÓN EN TEV



En el esquema, dado que el grupo con Factor V Leiden heterocigota no ha demostrado unívocamente tener mayor frecuencia de recurrencias que los no Leiden, las consideraciones terapéuticas para estos pacientes son las mismas que para los idiopáticos.

Esta es un área de intenso trabajo y por lo tanto, estas recomendaciones deben considerarse como de una validez temporalmente relativa. La profilaxis secundaria de TVP es un campo en el que a falta de buenas respuestas contamos con buenas preguntas.

O, como dijo José Agustín Goytisolo en «Palabras para Julia»

*No sé decirte nada más
pero tú debes comprender
que yo aún estoy en el camino,
en el camino.*

BIBLIOGRAFÍA

1. Optimum duration of anticoagulation for deep-vein thrombosis and pulmonary embolism. Research Committee of the British Thoracic Society. *Lancet* 1992; 340: 873-876
2. Schulman S, Rhedin AS, Lindmarker P, Carlsson A, Larfars G y col. A comparison of six weeks with six months of oral anticoagulant therapy after a first episode of venous thromboembolism. Duration of Anticoagulation Trial Study Group. *N Engl J Med* 1995; 332: 1661-1665
3. Kearon C, Gent M, Hirsch J, Weitz J, Kovacs MJ y col. A comparison of three months of anticoagulation with extended anticoagulation for a first episode of idiopathic venous thromboembolism. *N Engl J Med* 1999; 340: 901-907
4. Prins MH, Hutten BA, Koopman MMW, Büller HR. Long-term treatment of venous thromboembolism. *Thromb Haemost* 1999; 82: 892-898

DR GONZALO POMBO

La tendencia actual considera al tromboembolismo venoso (TEV), como una enfermedad multicausal, en la cual interaccionan en forma dinámica factores genéticos y adquiridos (de riesgo clásicos).

A pesar de los distintos ensayos (1-5), el tema no está definido aún. No todos los pacientes tienen el mismo riesgo de recurrencia. Al decidirse la suspensión de la anticoagulación, uno considera:

Circunstancias en la que ocurrió el evento (idiopático o no).

Primer episodio vs recurrencia (número de los mismos).

Persistencia de factor/es de riesgo.

Magnitud y secuela del TEV (síndrome postflebítico/hipertensión pulmonar).

Presencia de trombofilia (y su jerarquía).

Relación riesgo/beneficio de la anticoagulación.

Aquellos primeros episodios de TVP proximales, ocurridos en el postoperatorio, en ausencia de otro

factor de riesgo actual, pueden ser tratados por un período no inferior a 3 meses (1). Cuando el evento trombótico se limitó a la pantorrilla, con vena poplítea indemne, siempre en presencia de factor de riesgo reversible, pueden ser tratadas por 6 semanas (2). Conducta similar, para aquellos pacientes de alto riesgo hemorrágico (p ej: añosos).

La óptima duración de la anticoagulación, para pacientes con TVP proximal y/o TEP, con persistencia del factor de riesgo, es incierta. Al menos se recomienda un período no inferior a los 6 meses, con una subsiguiente tasa de recurrencia esperada, para los próximos 2 años, de 6 a 12 %/año, con hasta un 0.6 %/año de TEP fatal, para el mismo período.

Para los segundos episodios, la anticoagulación debe ser mantenida por más de 6 meses, debido que a 3 - 6 meses, se asocian con un elevado riesgo de recurrencia (hasta un 20 %). Su prosecución por períodos más prolongados, no ha podido ser definida aún (3).

Los pacientes con TEV idiopático, deben recibir anticoagulación por un período mayor a los tres meses (5). Tal vez estos pacientes requieren una terapia más prolongada, similar al grupo previo.

Candidatos a anticoagulación prolongada:

Más de una recurrencia idiopática.

Pacientes con TEV con persistencia de factor de riesgo.

Recurrencia en paciente con síndrome antifosfolípido.

TEP con hipertensión pulmonar crónica.

Filtro en vena cava inferior, en ausencia de contraindicaciones para anticoagulación.

Magnitud del evento tromboembólico, aquel que puso en peligro la vida del paciente.

Deseo del paciente de mantenerse anticoagulado (por temor a la recurrencia), luego de adecuado informe del riesgo/beneficio de la anticoagulación prolongada.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Schulman S, Rhedin AS, Lindmarker P, et al. A comparison of six weeks with six months of oral anticoagulant therapy after a first episode of venous thromboembolism. *NEJM* 1995; 332: 1661-5.
2. Hirsh J, Kearon C, Ginsberg J. Duration of anticoagulant therapy after first episode of venous thrombosis in patients with inherited thrombophilia. *Arch Intern Med* 1997; 157: 2174-6.
3. Schulman S, Granqvist S, Holmstrom M, et al. The duration of oral anticoagulant therapy after a second episode of venous thromboembolism. *NEJM* 1997; 336: 393-8.
4. Schulman S, Svenungsson E, Granqvist S. Anticardiolipin antibodies predict early recurrence of thromboembolism and death among patients with venous thromboembolism

following anticoagulant therapy. *Am J Med* 1998;104:332-8.

5. Kearon C, Gent M, Hirsh J, et al. A comparison of three months of anticoagulation with extended anticoagulation for a first episode of idiopathic venous thromboembolism. *NEJM* 1999; 340: 901-7.

DR CARLOS FONDEVILA:

Un año en pacientes no portadores de trombofilia mayor. Más de un año en deficientes de ATIII, PC, PS o FVLeiden homocigota.

Fundamentación:

La posibilidad de recurrencia luego de un primer TEV está determinada por, al menos, cuatro factores: 1. La trombogenicidad del coágulo inicial, y de los remanentes que en los días subsiguientes vayan quedando, que condicionan la instalación de un estado procoagulante sistémico; 2. el impedimento mecánico inicial al flujo venoso y las secuelas alejadas de insuficiencia valvular u obstrucción mecánica; 3. las circunstancias en que se produjo el evento inicial (espontáneo o asociado a algún factor de riesgo transitorio) y 4. la existencia de otros factores de riesgo persistentes a futuro (neoplasia, trombofilia congénita o adquirida).

Hasta comienzos de la pasada década, se habían publicado varios estudios que mostraban porcentajes de recurrencia similares con tratamientos iniciales cortos (3 a 6 semanas) o prolongados (por más de 6 semanas y hasta 6 meses). Sin embargo, estos estudios incluyeron pocos pacientes, careciendo del poder suficiente para demostrar la existencia de una pequeña pero real diferencia a favor de los tratamientos más largos.

Luego aparecieron varios estudios que enfocaron el problema como una ecuación de beneficio/costo, e incluyendo el riesgo hemorrágico del paciente (bajo, medio o alto), recomendaron que los tratamientos durasen 2.5, 3 o 4 meses, respectivamente. Usualmente, las recomendaciones surgidas de estudios que consideraron el riesgo de sangrado, indicaban tratamientos iniciales más cortos. Estas recomendaciones no tenían en cuenta que el riesgo de recurrencia era diferente según las circunstancias en que se hubiera producido el evento inicial.

Desde un punto de vista teórico, la anticoagulación debiera mantenerse hasta que el riesgo trombótico regrese al basal. Sin embargo, luego de un primer episodio de TEV esto no ocurrirá siendo que el primer factor que influye en la aparición de recurrencia es haber padecido un TEV previo. Las circunstancias en que se produjo el evento inicial también modifican el riesgo de recurrencia (Tabla 1).

Ya mencionamos que el coágulo inicial es seguido de la aparición de un estado procoagulante sistémico.

Tabla 1. Recurrencia de TEV contando a partir del evento inicial

	Con factor transitorio de riesgo	Espontáneo
Iros. 6 meses del 6° al 24° mes	2.5%	5%
a partir de los 24 meses	5%	10%
	2% x año	4% x año

La prolongación de la anticoagulación inicial hasta el punto en que dicho estado procoagulante se atenúe o desaparezca debiera acompañarse de una reducción del número de recurrencias tempranas. A partir de 1995 contamos con 3 estudios de tamaño adecuado que demostraron una disminución del riesgo de recurrencia en función de una mayor duración de la anticoagulación inicial. En todos ellos, se comparó un tratamiento breve (4 a 12 semanas) con otro extendido (3, 6 hasta 27 meses). Si bien la incidencia de hemorragia aumentó con la extensión del tratamiento anticoagulante, el tratamiento más largo se acompañó de una reducción significativa de las recurrencias tromboembólicas durante el tiempo de tratamiento y el resultado neto fue beneficioso. Una excepción la constituyó el grupo de pacientes con TEV asociado a factores transitorios de riesgo, que no se beneficiaron de la extensión del tratamiento más allá de las 4-6 semanas (Tabla 2). Las conclusiones de estos estudios constituyen una obviedad y sus resultados bien podrían imaginarse interpolados hasta el infinito: cuanto más tiempo se permanezca anticoagulado, menos posibilidades de recurrencia habrá. Mientras tanto, no responden a nuestra pregunta acerca de cuál es la duración ideal de la anticoagulación inicial. Sabemos que 3 meses es mejor que un mes (Levine, 1995) pero peor que >3<27 meses (Kearon 1999) y que 6 meses es mejor que 6 semanas (Schulman, 1995). Si analizamos en dichos estudios, qué ocurrió después de la suspensión del tratamiento veremos que el porcentaje de recurrencias (luego de un tratamiento inicial de 3 o 6 meses) fue similar al presentado por aquellos que recibieron tratamientos más cortos (Tabla 2). Esto parecería indicar que la prolongación del tratamiento inicial a 3 o 6 meses serviría, tan solo, para trasladar el problema de la recurrencia al futuro sin resolverlo y que la duración ideal, por lo tanto, estaría en algún punto intermedio entre 6 meses y 2 años.

Algunos puntos a resolver por futuros estudios incluyen: 1. comparación directa de diferentes duraciones del tratamiento inicial (por ejemplo, 6 meses versus 12 o 24) buscando la mejor ecuación entre prevención de recurrencia y hemorragia; 2. establecer si la normalización de algunos marcadores de activación (fragmento F1+2, complejos TAT) resulta útil para es-

Tabla 2. Recurrencia de TEV según la duración del tratamiento anticoagulante inicial.

Autor (año)	Tipo de Evento	Duración de la A. Oral	% de recurrencia	
			Intraestudio	Post suspensión
Levine (1995)	c/ FRT	1mes	2.7	2.7
		3 meses	0	0
	Idiopático	1 mes	12	3
		3 meses	1.5	9
Schulman (1995)	Idiopático	6 semanas	9.5	7.9
		6 meses	0.5	8.1
Kearon (1999)	Idiopático	3 meses	20.4	
		>3<27 meses	1.3	

FRT= factor de riesgo transitorio.

tablecer el momento en que podemos suspender el tratamiento inicial; 3. identificar subgrupos de pacientes con TEV que ameriten una duración del tratamiento inicial diferente al estandar (¿más tiempo en caso de TEP? ¿menos en caso de TVP poplítea?); 4. establecer si el rango de RIN de 2 a 3 es necesario durante toda la duración del tratamiento inicial. Tal vez, luego de un período crítico inicial, la RIN estandar de 2 a 3 podría reducirse, de manera de lograr un mejor balance entre el riesgo de recurrencia (que se demostró menor a medida que nos alejamos del evento inicial) y el de hemorragia (que se mantiene constante a través el tiempo y es función de la intensidad de la anticoagulación). El momento adecuado para pasar a una RIN menor podría establecerse a través de algún marcador bioquímico.

Finalmente, en el caso de un primer evento asociado a la presencia de trombofilia, si bien muchos grupos recomiendan anticoagulación permanente, esto tal vez no sea siempre así. Debemos considerar la naturaleza débil de algunos de estas alteraciones protrombóticas (factor V Leiden heterocigota, protrombina 20210A, hiperhomocisteinemia, alteraciones fibrinolíticas). En estos casos no se ha demostrado un riesgo de recurrencia aumentado y podrían ser tratados durante un tiempo similar a los casos idiopáticos. Por otra parte, en los casos de déficit de ATIII, PC o PS se ha observado un elevado riesgo de recurrencia que alcanza el 23% a cinco años. Sin embargo, la incidencia anual de recurrencias muestra una declinación a medida que nos alejamos del evento inicial: disminuyendo desde el 10% anual durante el primer año hasta el 3% anual en forma alejada. La anticoagulación crónica previene aproximadamente la mitad de estos episodios a expensas de un 2% anual de sangrado mayor. Esto nos sugiere que la anticoagulación dejaría de ser costo/efectiva pasados unos años del evento inicial, aún en pacientes porta-

dores de trombofilia mayor. ¿Cuántos años? No lo sabemos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Levine. et al Optimal duration of oral anticoagulant therapy. A randomized trial comparing four weeks with three months of warfarin in patients with proximal DVT. *Thromb Hamostas* 1995, 74:606.
2. Schulman et al. The Duration of Anticoagulation Trial Study group. A comparison of six weeks with six months of oral anticoagulant therapy after a first episode of venous thromboembolism. *NEJM* 1995, 332:661.
3. van der Belt A, Sanson BJ, Simioni P et al. Recurrence of venous thromboembolism in patients with familial thrombophilia. *Arch Int Med* 1997, 157:2227.
4. Kearon et al. A comparison of three months of anticoagulation with extended anticoagulation for a first episode of idiopathic venous thromboembolism. *NEJM* 1999, 340:901.

CONCLUSIONES

Debemos considerar suspender los AO

a) Paciente con factor de riesgo resuelto o transitorio como una cirugía, con una TVP distal debe recibir al menos 6 semanas de anticoagulación con dicumarínicos. Una TVP proximal debe recibir entre 6 semanas y 3 meses de AO.

b) Paciente con factor de riesgo desconocido o TVP espontánea, primer evento con estudio de trombofilia negativo: 6 meses mínimo de AO, ¿hasta 1 año?

c) Paciente con trombofilia de bajo riesgo, primer episodio, como por ejemplo portadores de factor V Leiden heterocigota, Protrombina 20210, hiperhomocisteinemia, o alteraciones del sistema fibrinolítico deben recibir AO por 6 meses mínimo.

d) Pacientes con trombofilia de alto riesgo, primer evento trombótico, como por ejemplo: Déficit de proteína C,S, Antitrombina III, anticuerpos antifosfolípidicos (Anticoagulante lúpico o

anticardiolipinas) o 2 factores trombofílicos de bajo riesgo combinados deben mantener los AO por 12 meses o en forma indefinida si el factor de riesgo persiste en el tiempo.

e) Pacientes con factor de riesgo permanente o indefinido como portadores de una neoplasia activa, segunda TVP espontánea, TEP con hipertensión pulmonar, o pacientes con filtro en vena cava inferior sin contraindicación para la anticoagulación, deberían mantener el tratamiento anticoagulante en forma indefinida.

SUMMARY:

When should we consider to stop anticoagulation (AO) in venous Thromboembolism?

a) In a patient with resolved risk factor like surgery and proximal deep vein thrombosis (DVT) : between 6 weeks

and 3 months. In a patient with distal DVT 6 weeks of anticoagulation is enough.

b) A patient with unknown risk factor (spontaneous DVT) with thrombophilic study negative : at least 6 months of AO. Or it may be better one year?

c) A patient with low risk thrombophilia, first event, for example: Factor V Leiden heterocigote, hyperhomocystinemia, Prothrombin 20210 A, abnormal fibrinolytic system, at least 6 months of AO.

d) In a patient with high risk Thrombophilia , first event, as Protein S,C or Antithrombin deficiency, antiphospholipid antibodies, or two low risk thrombophilic factors combined: 6 months to one year of AO and if the risk factor do not resolve treatment should be continued indefinitely.

e) Patients with ongoing risk factors like second idiopathic DVT , an active malignancy, a pulmonary embolism with pulmonary chronic hypertension or a DVT with inferior vena cava interruption without contraindication to AO should continue with AO indefinitely.