

## Los Consensos en Medicina Interna

MARÍA NELLY NIÑO DE ARBOLEDA • BOGOTÁ, D.C.

El consenso, como herramienta en la práctica clínica actual, le permite al internista aplicar las guías resultantes en el manejo de las enfermedades con el respaldo de la comunidad científica de su misma especialidad y enriquecida con el conocimiento de las especialidades afines o comprometidas en el tema a tratar.

Reconociendo la importancia de la clínica y los aspectos económicos en el manejo del paciente o una entidad nosológica, la implementación de guías clínicas basadas en la evidencia, han motivado la realización de consensos en la educación médica continua en la ACMI para proveer a los grupos médicos y a los pacientes una forma de sustentar las decisiones terapéuticas o de manejo.

Por otra parte, los continuos cambios en las políticas y en la regulación de la salud en el país, los procesos de auditorías clínicas y la diversidad de las organizaciones que influyen en la prestación de los servicios de salud, hacen que nos encontremos con una práctica clínica heterogénea en la que debe primar la experiencia la experticia y el conocimiento de los profesionales en medicina interna basados en la evidencia científica.

Los consensos de expertos son métodos participativos en la toma de decisiones en salud en los cuales se producen guías de manejo con la participación de varias especialidades y discusión previa revisión extensa de la literatura sobre el tema escogido.

La Asociación de Medicina Interna ha diseñado varios consensos con el liderazgo propio y ha participado en otros por invitación de las sociedades organizadoras según el tema. Los consensos organizados son del tipo de consenso formal, es decir considera la evidencia científica mediante una revisión sistemática y explícita de la literatura, con técnicas metodológicas y procesos estructurados en la toma de decisiones.

La metodología de los consensos puede tener pequeñas variaciones de uno a otro pero siempre han incluido una representación de expertos en el tema a tratar a nivel nacional, el proceso de distribución y estudio del material seleccionado, reunión o reuniones para la preparación, discusión y realización del evento, la redacción de las conclusiones y la difusión de los resultados.

En Acta Médica Colombiana de enero-febrero de 2002 se publicó el Primer Consenso Colombiano para la prevención del tromboembolismo venoso en el paciente médico, con la presidencia de la Doctora Dora Inés Molina de Salazar. El director del consenso fue el Doctor Ricardo Bohórquez y ACMI contó con la colaboración de las Sociedades de Neumología y Cardiología en la gestación del primer Consenso.

Fueron participantes del Consenso especialistas miembros de la ACMI con representación de diferentes especialidades: Medicina Interna, Cardiología, Hematología, Neumología, Gastroenterología, Medicina Nuclear, Nefrología, Radiología, Cuidado Intensivo, Epidemiología y Vascular Periférica.

Asistieron como participantes: Arles Alarcón, Jaime Alvarado, Paulo Emilio Archila, Reinaldo Badillo, Ricardo Beltrán, Mary Bermúdez, Carlos Alberto Betancur, Ricardo Bohórquez, Alvaro Camacho, Mauricio Cárdenas, Diego Celis, Héctor Cendales, Roberto D'Achiardi, Magali De los Ríos de Acevedo, Rodolfo Dennis, Mónica Duarte, Carmelo Dueñas, Jaime Echeverri, Jesús Fonseca, Paola García, Horacio Giraldo, Samuel Ricardo Gómez, Albis Hani, María Victoria Herrera, Daniel Isaza, Rafael Lobelo, Darío Londoño, Jairo José López, Mauricio Lozano, Gilberto Manjarrés, Gustavo Márquez, Carlos Elí Martínez, Sonia Merlano, Ramón Murgueitio, María Nelly Niño de Arboleda, Jorge Enrique Ortega, Mauricio Ovalle, Héctor Pinilla, Alvaro Portilla, José María Porto, Daniel John Quinlán, Esperanza Rivas, Alex Arnulfo Rivera, Jairo H. Roa, Ignacio Rodríguez, Ricardo Roza, Pedro Nel Rueda, Claudia San Miguel, Erick Sánchez, Gregorio Sánchez, María Helena Solano, Luis

Dra. María Nelly Niño de Arboleda: Especialista en Medicina Interna y Hematología. Ex-presidente de la Sociedad Colombiana de Hematología y Oncología Clínica. Ex-presidente de la Asociación Colombiana de Medicina Interna. Hematología Clínica del Country. Editora asociada de Acta Médica Colombiana. Bogotá, D.C.

Ignacio Tobón, Alberto Torrenegra, Carlos Torres, Manuel Urina, Juan Pablo Velásquez, Adolfo Vera.

La discusión se llevó a cabo en Santa Marta durante los días 16 a 18 de Febrero de 2001 y entre sus principales conclusiones se encuentran:

1. En pacientes médicos con factores de riesgo para TEV las heparinas son seguras y efectivas como profilaxis, (A-I)
2. Los pacientes médicos agudamente enfermos tienen riesgo moderado de TEV y se benefician de profilaxis con HBPM y HNF, (A-I)
3. En pacientes hospitalizados con riesgo tales como IAM, cáncer, TEV previo, ACV isquémico y EPOC descompensado e intubación trans-traqueal, es recomendable profilaxis con HBPM o HNF, (A-I, A-II)

En Acta Médica Colombiana de julio-agosto de 2002 se publicó el Consenso Colombiano sobre antagonistas de los receptores de Angiotensina II (ARA II) realizado durante la presidencia de ACMI de la doctora Dora Inés Molina de Salazar y participación de los doctores Miguel Urina de la Sociedad Colombiana de Cardiología y Cristóbal Buitrago de la Sociedad Colombiana de Nefrología.

Este Consenso fue publicado en edición conjunta de Acta Médica Colombiana y la revista Colombiana de Cardiología simultáneamente como suplemento de ambas revistas por convenio entre los editores, doctores Paulo Emilio Archila y Jorge León Galindo. El Doctor Ricardo Bohórquez fue editor huésped de este consenso.

Participantes: **Asociación Colombiana de Medicina Interna:** Ricardo Bohórquez, Roberto D'Achiardi, Jaime A. Echeverri, Samuel Ricardo Gómez, Claudia Jaramillo, Jairo José López, Patricio López, Gilberto Manjares, Javier Molina, Dora Inés Molina de Salazar, Ramón Murgueitio, Marco A. Piedrahita. **Sociedad Colombiana de Cardiología:** Dagnovar Aristizábal, Daniel Charria, Samuel Jaramillo, Gustavo Moreno, Mauricio Pineda, Nohora Rodríguez, Jaime Smith, William Uribe, Miguel Urina, Adolfo Vera-Delgado. **Asociación Colombiana de Nefrología:** Cristóbal Buitrago, Diego García, Alvaro Mercado, Adolfo Pertuz, César Restrepo, Johanna Schweinberg, Iván Villegas.

Algunas de sus conclusiones fueron:

1. La eficacia hipotensora de los ARA II se ve potenciada con el uso de diuréticos tiazídicos (A-I)
2. Los ARA II son fármacos que tienen la capacidad de reducir la HVI independiente de su efecto hipotensor (A-I)
3. Llevar la TA de los pacientes diabéticos a cifras menores de 130/80 mm Hg, con combinación IECA y ARA II. En caso de proteinuria mayor a 1 gr/día, la meta debe ser 125/75 mm Hg (A-I)
4. Los ARA II pueden suministrarse a pacientes con FG mayores de 30 ml/min con un riesgo muy bajo de hipercalemia (B-I)

En julio-septiembre de 2005 se publicó en Acta Médica Colombiana el segundo Consenso Colombiano de Tromboembolismo Venoso en paciente Médico, prevención y Tratamiento, dentro de su organización participaron los doctores Rodolfo Dennis y María Nelly de Arboleda con la colaboración de un grupo representativo a nivel nacional, como actualización y complemento del primer consenso sobre el TEV de 2001, teniendo en cuenta los cambios en la evidencia.

Los nuevos conocimientos que permitían actualizar algunas de las conclusiones del primer consenso fueron los avances vistos en factores de riesgo y la estratificación del riesgo en el paciente médico, nuevos estudios en profilaxis tanto en pacientes quirúrgicos como médicos, factores pronósticos en TEV y el papel modificador de la terapia, el papel potencial de las troponinas y del péptido natriurético (BNP) en el pronóstico a corto plazo.

En cuanto a la discusión sobre el tratamiento se incluyeron los aspectos más relevantes basados en desarrollos recientes como manejo agudo con anticoagulación y nuevos anticoagulantes, duración de tratamiento crónico la evidencia y disponibilidad de exámenes paraclínicos e imagenológicos y sobre todo los recursos disponibles en estudio y manejo de TEV o la manera como se administran los recursos, el manejo ambulatorio y la seguridad del paciente con TEV aspectos que debían incidir en la práctica clínica de TEV.

Se conformaron grupos de trabajo con representantes de la ACMI y la Sociedad Colombiana de Neumología y cirugía del Torax, se nombraron coordinadores de cada grupo de discusión se hicieron reuniones preparatorias durante seis meses anteriores a la presentación final. La inicial en Bogotá para presentar la metodología, la bibliografía, el programa y obtener la opinión de los expertos en cuanto a la metodología. Se seleccionó un coordinador de cada tema para que fuera el vocero del grupo correspondiente durante la discusión final.

La segunda reunión se hizo en Medellín . dos meses antes del consenso para evaluar el avance de los grupos respecto a las ponencias y aclarar dudas. La reunión final se hizo en Santa Marta los días 28 y 29 de julio con la presentación de las ponencias, discusión amplia de los temas y consenso. El trabajo especial de los relatores facilitó la recopilación de las conclusiones y se programó una difusión escrita y en presentaciones en varias ciudades del país, se realizó un folleto informativo con las conclusiones principales en cuanto a diagnóstico, profilaxis y tratamiento que se distribuyó ampliamente a nivel nacional. El apoyo irrestricto no condicionado del laboratorio Sanofi-Aventis permitió el desarrollo del consenso con respeto de las decisiones obtenidas y la presentación durante el año siguiente en seis ciudades grandes y algunas pequeñas en el cual participaron líderes locales de la ACMI y líderes del grupo organizador obteniendo una difusión más amplia y con retroalimentación en cada sitio.

Nuevamente estuvieron representadas las sociedades afines con el tema incluidos expertos en medicina interna, neumología, cardiología, medicina nuclear, gastroenterología, hematología, oncología, epidemiología, cuidado intensivo, patología clínica, vascular periférico, cuidado paliativo, neurología radiología, diabetes, ginecología y cirugía general, cardiovascular y ortopédica.

Participantes: Jazmín Abuabara, Rafael Acero, Paulo Emilio Archila, Abraham Alí, Mary Bermúdez, Ricardo Bohórquez, Juan Mauricio Cárdenas, Alberto Cardona, Marcos Casas, Ximena Castañeda, Gilberto Castillo, Juan Gabriel Cendales, María Nelly Niño de Arboleda, Magali De los Rios de Acevedo, Dereck De la Rosa, Rodolfo Dennis, Carmelo Dueñas, Esteban Echevarria, Tatiana Espinosa, Horacio Giraldo, Mario Gómez, Javier Ignacio Godoy, Marcela Granados, Albis Cecilia Hani, Helf Hernández, Diego Alejandro Jaimes, Alejandro Londoño, Darío Londoño, Natalia Londoño, Adolfo Llinás, Darío Maldonado, Javier D. Maldonado, Ana Cristina Manzano, Gustavo Márquez, Daría Mejía, Fernán Mendoza, Sonia Merlano, L. Bernardo Menajovsky, Harold Miranda, Angela Molina, Germán Alberto Muñoz, Ramón Murgueitio, Guillermo Ortiz, Mayla Andrea Perdomo, Germán Pérez, Alvaro Portilla, Juan Guillermo Restrepo, Jairo H. Roa, Juan Diego Romero, Oscar Alberto Sáenz, Gregorio Sánchez, Juan Guillermo Santacruz, Juan Manuel Señor, María Helena Solano, Iván Solarte, Luis Ignacio Tobón, Carlos Torres, Sergio Enrique Urbina, Miguel Urina, Juan Carlos Velásquez, Luis Alfredo Villa.

La discusión tuvo en cuenta el avance en el conocimiento del sistema de coagulación, los nuevos anticoagulantes y los métodos diagnósticos de TEV fueron muy útiles para obtener las recomendaciones basadas en evidencia sobre profilaxis y tratamiento en paciente quirúrgico y el paciente en medicina interna.

Entre las conclusiones de la primera parte, coagulación y diagnóstico, se resaltan algunas:

1. Un estudio de perfusión pulmonar normal descarta razonablemente la posibilidad diagnóstica de TEP
2. La probabilidad de embolia pulmonar en presencia de un estudio positivo de perfusión pulmonar es muy alta y autoriza al inicio del tratamiento
3. El estudio de perfusión pulmonar de acuerdo con los criterios de PISA-PED tiene un gran poder de discriminación
4. Evitar el estudio de ventilación produce una disminución importante en el costo
5. Los pacientes con alteración en placa de torax que quedan clasificados como estudios anormales requieren estudios adicionales
6. El diagnóstico de TEP no es sencillo y la combinación de factores de riesgo, radiografía de torax, electrocardiograma, gases arteriales y dimero D, entre otros, permiten la posibilidad de un diagnóstico acertado. Es conveniente tener un umbral bajo de sospecha, si bien no se debe caer en el error de tratar los pacientes sin confirmar la presencia de la enfermedad

7. La gamagrafía pulmonar, por su menor costo, menor riesgo y mayor disponibilidad comparado con el angioTAC, debe ser el primer paso en pacientes con probabilidad clínica intermedia y alta
8. El angioTAC se indica como examen inicial en pacientes con anomalías significativas en radiografía de torax o comorbilidad importante, especialmente EPOC severa, que anticipen interpretación difícil de gamagrafía y cuando hay colapso circulatorio

Las recomendaciones en profilaxis de TEV en pacientes agudamente enfermos:

1. Recomendamos profilaxis con HNF 5.000 U I c/8hrs o HBPM, enoxaparina 40 mg sc. c/24 hrs o dalteparina 5.000 U c/24 hrs. (1-A)
2. En pacientes con riesgo moderado a alto (cáncer, ICC con clase funcional III o IV, ACV no hemorrágico o TEV previo) se recomienda uso de HBPM sobre HNF (1-B)
3. Profilaxis mecánica (no farmacológica) debe restringirse a pacientes con contraindicación para uso de anticoagulantes (1-C)
4. Se recomienda el desarrollo de protocolos locales en cada institución hospitalaria para asegurar que el paciente con factores de riesgo de TEV reciba profilaxis en forma adecuada (1-A)

Recomendaciones de profilaxis en cirugía general, vascular periférica y laparoscopia abdominal:

1. En pacientes con riesgo moderado, procedimiento menor, entre 40-60 años o cirugía mayor en menores de 40 años sin factores adicionales se recomienda profilaxis con HNF 5.000 U c/12 hrs. O HBPM, enoxaparina 40 mg sc día (1-A)
  2. En alto riesgo, procedimientos menores, en mayores de 60 años o sometidos a procedimientos mayores por debajo de 40 años con factores adicionales de riesgo se recomienda HNF 5.000 U sc c/8hrs o HBPM enoxaparina 40 mg/sc/día (1A)
  3. En pacientes con alto riesgo de sangrado se recomienda la utilización de profilaxis mecánica (1A)
  4. En pacientes seleccionados de cirugía general, alto riesgo o cancer, se recomienda egreso hospitalario con profilaxis HBPM (2A)
  5. En cirugía vascular sin factores adicionales se recomienda no utilizar en forma rutinaria tromboprofilaxis farmacológica (2B)
  6. En procedimientos vasculares mayores con factores de riesgo de TEV se recomienda profilaxis con HNF o HBPM
  7. En laparoscopia no se recomienda profilaxis diferente a movilización agresiva y temprana (1A)
  8. En pacientes con factores de riesgo altos de TEV sometidos a laparoscopia se recomienda profilaxis con HNF dosis bajas, HBPM o medias de compresión neumática (1C).
- En cuanto a terapia anticoagulante en TEV y TEP algunas

recomendaciones:

1. Uso de HBPM dos veces al día sobre HNF en pacientes ambulatorios (1C) y en pacientes hospitalizados con TEV (1A)
2. Se recomienda iniciar en forma simultánea anticoagulantes orales y HBPM o HNF en TEV y discontinuar heparinas cuando INR mayor a 2 (1A)
3. La terapia con warfarina debe tener IRN 2.5 con rango entre 2-3
4. En pacientes con clínica de alta probabilidad para TEP se recomienda el inicio de HBPM o HNF mientras se comprueba el diagnóstico (1C)
5. En TEP no masivo se debe iniciar HBPM sobre HNF (1A)
6. Iniciar warfarina simultánea con HBPM o HNF desde el primer día de tratamiento y suspender heparina cuando INR esté en rango superior a 2 durante 2 días consecutivos (1A)

7. Anticoagulación durante 3 meses en TEV y TEP asociado a un factor reversible (1A)
8. En TEV o TEP asociado a cáncer o trombofilia se debe hacer anticoagulación prolongada (1C) y mantener INR entre 2-3 (1A)

Aparte de estos consensos publicados en AMC, la ACMI ha participado en otros con las sociedades de endocrinología, neurología y con la red de trombolisis que han permitido hacer las recomendaciones en el manejo y toma de decisiones clínicas y constituye un mecanismo para orientar, de acuerdo con las consideraciones individuales de cada paciente, la conducta a seguir en entidades nosológicas frecuentes en la medicina interna. Es una forma de educación médica y apoyo a los miembros de la asociación que deberá ser tenida en cuenta para obtener un conocimiento actual en la toma de decisiones clínicas que involucran no sólo el aspecto técnico y científico sino también al aspecto de costos en la práctica que significan un mejor estado de salud para los colombianos.