

L. M. GAVIRIA

Beneficios de la clínica de anticoagulación

Benefits of anticoagulation clinic

Por muchos años, la anticoagulación con warfarina ha sido la piedra angular del manejo de los pacientes con enfermedad tromboembólica venosa y con patologías cardíacas diversas, además cada día se han ido expandiendo las indicaciones de esta terapia y un mayor número de pacientes la recibe como profilaxis o tratamiento. Su uso extendido para diferentes indicaciones ha incluido pacientes de todas las edades, géneros y razas, generando la necesidad de monitoreo cercano debido al estrecho rango terapéutico de estos medicamentos y a las probabilidades de tener complicaciones trombóticas o hemorrágicas con su uso no supervisado e inadecuado. Las clínicas de anticoagulación buscan lograr el control de los pacientes en tratamiento anticoagulante oral, con el fin de maximizar sus beneficios y disminuir los riesgos de complicaciones a corto y largo plazo. Entre los métodos utilizados para lograrlo están la definición clara de la indicación terapéutica, el establecimiento de las metas de rango terapéutico y la duración de la terapia, la educación al paciente y la vigilancia a la adherencia y la presentación de eventos trombóticos o hemorrágicos, entre otros. Aunque en el país las clínicas de anticoagulación han aumentado en un número significativo, todavía carecemos de estudios prospectivos y retrospectivos que nos ilustren la demografía de las mismas, muchos pacientes siguen siendo controlados por fuera de ellas y peor aún, desconocemos el éxito que tienen en lograr sus objetivos fundamentales, de ahí la importancia del esfuerzo de los autores por darnos a conocer sus resultados.

Los beneficios del monitoreo de los pacientes en las clínicas de anticoagulación incluyen no sólo la reducción en las tasas de complicaciones hemorrágicas sino también un mayor porcentaje de permanencia en el tiempo dentro del rango terapéutico (TRT), menor número de consultas a urgencias y menor número de hospitalizaciones por año. Los pacientes en clínicas de anticoagulación permanecen aproximadamente un 60-68% del

tiempo en el rango terapéutico, mientras que aquellos que llevan a cabo su seguimiento en la práctica privada lo hacen entre 51 y 57% del tiempo (1, 2). Los hallazgos que nos presentan Taboada y colaboradores en esta edición (3) coinciden con lo reportado previamente en el mundo y otros estudios locales (4), con TRTs de 53.7% para los INR entre 2 y 3 y 67.2% cuando se consideran niveles de INR entre 1.8 y 3.2. Las tasas de sangrado mayor y eventos trombóticos son otra medida de la calidad de anticoagulación y deben oscilar entre 1 y 2%, en el trabajo de los autores fueron de 1.1 y 2.2% en 100 pacientes/año de seguimiento respectivamente.

A pesar que el monitoreo de la anticoagulación en forma estrecha, bajo la supervisión de clínicas especializadas ha mostrado beneficios, la más reciente edición de las guías del Colegio Americano de Médicos del Tórax no considera que exista suficiente evidencia de éstos proveniente de ensayos clínicos aleatorizados, sin embargo, sugieren el control de la anticoagulación por personal capacitado, de forma sistemática y bajo estrecha vigilancia, haciendo especial énfasis en la educación y la comunicación efectiva (5).

La educación al paciente es fundamental en todos los programas de seguimiento a la anticoagulación y los métodos de monitoreo vienen cambiando en los últimos años. Las clínicas de anticoagulación tienen el reto de mantenerse vigentes y hacerse cada vez más cercanas y de fácil acceso a los pacientes. La implementación de seguimiento electrónico mediante software especializado y los aparatos de automonitoreo han ido ganando terreno poco a poco, y se ofrecen como métodos alternativos. La entrada al mercado de nuevos anticoagulantes que le ofrecen al paciente seguridad sin necesidad de monitoreo y la aprobación progresiva de éstos cada vez para más indicaciones supone otro reto para estas clínicas, que ahora tendrán que considerar la inclusión en ellas de pacientes que aunque no precisan la realización periódica de TP e INR, si requieren educación y cumplimiento

Ver artículo: página 239

Dra. Lina María Gaviria Jaramillo:
Especialista en Medicina Interna y
Hematología. Hematóloga Hospital
San Vicente Fundación. Medellín
(Colombia).
E-mail: lina.gaviria.jllo@hotmail.
com

de normas básicas de autocuidado, máxime cuando muchos de estos nuevos medicamentos carecen de antidotos específicos para ser usados en situaciones de emergencia o estados de sobreanticoagulación.

Referencias

1. Van Walraven C, Jennings A, Oake N, Fergusson D, Forster AJ. Effect of study setting on anticoagulation control: a systematic review and metaregression. *Chest* 2006 May;129(5):1155-66
2. Baker WL, Cios DA, Sander SD, Coleman CI. Meta-analysis to assess the quality of warfarin control in atrial fibrillation patients in the United States. *J Manag Care Pharm* 2009 Apr;15(3):244-52.
3. Taboada LB, Silva LE, Montenegro AC. Beneficios de la clínica de anticoagulación. *Acta Med Colomb* 2013; 38: 239-243.
4. Ocampo C, Hernández O, Velásquez CJ, Tobón I, Mejía FA. La clínica de anticoagulación del Hospital Universitario San Vicente de Paúl: demografía, efectividad y complicaciones. *IATREIA* 2004 Jun; 17(2): 105-114
5. Ageno W, Gallus A, Wittkowsky A, Crowter M, Hylek E, Palareti G. Evidence-Based Management of Anticoagulant Therapy: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest* 2012; 141: e44S-e88S

J. DE J. CANTILLO, A. M. MADERA

Importancia del control de los factores de riesgo en enfermedad renal crónica

Importance of controlling risk factors in chronic kidney disease

Ver artículo: página 228

Dr. Jorge de Jesús Cantillo Turbay: Internista-Nefrólogo, Profesor Asociado, Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Docente Clínico, Facultades de Medicina, Universidad de la Sabana y Universidad El Bosque. Especialista Unidades Renales Centro Policlínico del Olaya S.A. y Hospital Occidente de Kennedy E.S.E.; Dra. Ana Marfa Madera Rojas: Residente de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá D.C. (Colombia). E-mail: md_cantillo@hotmail.com

La enfermedad renal crónica es una patología que contribuye a una alta carga de morbimortalidad y costo socioeconómico a nivel mundial. Bajo este concepto, se ha escrito infinidad de literatura médica tratando de establecer un panorama de la problemática que esta enfermedad representa. Colombia no es ajena a esta situación. Con una población de enfermos renales crónicos cercana a los 38.000 pacientes (1), el interés científico y epidemiológico sobre esta enfermedad conlleva a estrategias para mejorar su registro y seguimiento como problema de salud pública.

Ante tal situación, Acta Médica Colombiana en su número de octubre/diciembre de 2013 presenta como artículo original, un estudio descriptivo transversal retrospectivo que tiene como objetivo determinar la frecuencia de factores de riesgo para enfermedad renal crónica en pacientes que asisten a consulta de medicina interna en un hospital en Bogotá, Colombia, por la doctora M.E. Martínez y cols (2).

Como hipótesis fundamental, este trabajo plantea establecer los factores de riesgo para enfermedad renal crónica y principalmente la calidad en su evaluación y seguimiento dentro de la consulta médica especializada

ambulatoria. Este último punto resulta de especial trascendencia pues no se han llevado a cabo otros ensayos similares en nuestro país, pero existe evidencia a nivel mundial que dichos factores de riesgo y progresión no son adecuadamente estudiados.

Conociendo la fisiopatología y la relación ampliamente comprobada de causalidad entre los factores de riesgo y progresión de la enfermedad renal crónica, podemos asumir que el control subóptimo de los mismos conlleva a desenlaces adversos, asociación que ha sido comprobada por la evidencia científica con peso estadístico significativo sobre desenlaces clínicos de impacto como mortalidad, eventos cardiovasculares, progresión a enfermedad renal crónica estadio 5 y necesidad de terapia sustitutiva renal. Sin embargo, se debe enfatizar que la mortalidad cardiovascular no está exclusivamente relacionada a pacientes con falla renal avanzada; en pacientes con estadios 3A y 3B, la incidencia de mortalidad cardiovascular sobrepasa la incidencia de falla renal (3).

Los resultados de este estudio muestran a la hipertensión arterial y la diabetes mellitus como los factores más prevalentes dentro de la población con enfermedad renal crónica con

48.3% y 28.3% respectivamente. Particularmente, respecto a la hipertensión arterial, el control estricto de cifras tensionales frena los cambios de esclerosis glomerular y el tratamiento antihipertensivo en el paciente renal crónico debe ir orientado a reducir la carga de riesgo cardiovascular, reparando las lesiones del remodelado miocárdico, facilitando la regresión de la hipertrofia ventricular izquierda y tratando de preservar la función diastólica (4). Resulta llamativo que menos del 50% de la población analizada se encontrara dentro de metas de cifras tensionales a pesar del conocimiento de esta asociación.

Con relación a la diabetes mellitus la observación es similar. De los factores analizados la presencia de microalbuminuria implica un riesgo ajustado de mortalidad cardiovascular dos veces mayor en el extremo superior de la categoría de microalbuminuria (30-299 mg/g), en comparación con el riesgo en individuos con albuminuria normal. Esto indica que la albuminuria, incluso en el extremo superior del rango normal, confiere riesgo cardiovascular independiente y éste se incrementa de manera exponencial con el aumento de la proteinuria (5). Por tal razón, su detección e intervención precoz impacta de manera favorable en la progresión de la enfermedad renal crónica.

Resultado de los cambios en la conducta alimentaria intensamente establecidos en nuestra cultura, el sobrepeso y la obesidad se han convertido en factores de progresión cada vez más prevalentes, lo cual obliga a que sean un elemento obligatorio de evaluación en la consulta ambulatoria. Es cada vez más amplio el conocimiento sobre las lesiones glomerulares inducidas por las adipoquinas de manera directa y como resultado del avance de otros factores de riesgo cardiovascular (4). Es imprescindible por tanto, enfatizar en el logro del normopeso como terapéutica no farmacológica de eficacia comprobada. El estudio incluye además otros factores tales como el tabaquismo, el consumo de AINE y el control glucémico que también influyen sobre el curso de la enfermedad renal crónica.

No menos importante pero también olvidado resulta el seguimiento de las complicaciones tales como la anemia y las alteraciones del metabolismo óseo mineral.

Con base en estos resultados, surge el problema de la calidad en la atención ambulatoria de los pacientes con enfermedad renal crónica, quienes característicamente son pacientes con pluripatologías, que ameritan un seguimiento cercano, oportuno, multidisciplinario e integral con el propósito de establecer un diagnóstico temprano de las complicaciones derivadas de la nefropatía, vigilar la progresión de la enfermedad y controlar los factores anteriormente mencionados.

Para un adecuado manejo de estos pacientes como paso fundamental se debe plantear objetivos terapéuticos claros, planes de manejo acordes a guías de práctica clínica basadas en la evidencia y sin dejar a un lado las características particulares de nuestro medio, tales como las individualidades de los pacientes y las debilidades de nuestro sistema de seguridad social. Sin embargo, no se pueden anteponer excusas a la excelencia de la atención en el contexto de la enfermedad renal crónica pues todas estas falencias deterioran la calidad de vida de nuestros pacientes. La responsabilidad sin duda es compartida: médicos, asociaciones científicas y administradores en salud debemos implementar estrategias para reducir el impacto de esta patología en Colombia.

Referencias

1. Enfermedad Renal Crónica en Colombia 2009. Resolución 4700 de 2008. Cuenta de alto costo: Fondo Colombiano de enfermedades de alto costo.
2. Martínez ME, Plazas M, Barajas GP, Bravo AM, González C, Rodríguez A, et al. Factores de riesgo para enfermedad renal crónica en pacientes que asisten a consulta de medicina interna. *Acta Med Colomb* 2013; **38**: 228-232.
3. Gansevoort RT, Correa-Rotter R, Hemmelgarn BD, Jafa T. Chronic kidney Disease and Cardiovascular Risk: Epidemiology, mechanisms, and prevention. *The Lancet* 2013; **382**: 339-352.
4. Díez J. La cardiopatía hipertensiva en el paciente con enfermedad renal crónica. *Nefrología* 2008; **28** (2):135-142.
5. Tanner RM, Brown TM. Epidemiology of Obesity, the Metabolic Syndrome, and Chronic Kidney Disease. *Curr Hypertens Rep* 2012 **14**:152-159.

J. C. FORERO

Neumonía adquirida en comunidad en el adulto Es hora de implementar las guías de manejo clínico institucionales

Community acquired pneumonia in adults It is time to implement the institutional clinical management guidelines

Ver artículo: página 233

Dr. Julio César Forero: Especialista en Medicina Interna y Neumología. Máster en enfermedades vasculares pulmonares. Neumólogo IPS Universitaria Clínica León XIII y Hospital La María. Médico Cuidados Intensivos Clínica las Vegas. Medellín (Colombia).
E-mail: julcefo@yahoo.com

La neumonía adquirida en comunidad (NAC) a la fecha sigue siendo un gran problema de salud pública, en el reporte de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 2004 (versión actualizada al 2008), las infecciones del tracto respiratorio inferior fueron la tercera causa de muerte en el mundo produciendo 4.2 millones de muertes por año (7.1% de la mortalidad global) y con una incidencia de 492.2 millones de personas a nivel mundial y 45.4 millones en América; con un estimado para el año 2015 de producir 3.2 millones de muertes (5.6% de la mortalidad global), adicional al costo económico que genera (2). En Colombia se reportaron en el año 2012, según el DANE, 6278 muertes por neumonía (incluidos niños y adultos) (3) y al 30 de septiembre del año 2013 el reporte asciende a 4.138 muertes (incluidos niños y adultos) (4). Se han estado realizando esfuerzos mundiales para disminuir su incidencia y mortalidad en la población adulta y pediátrica, dentro de los cuales se destacan la publicación periódica actualizada de las guías de manejo de neumonía realizada por la Infectious Diseases Society of America (IDSA) y la guía de neumonía de la Sociedad Británica del Tórax (BTS) (5, 6). Igualmente en Colombia, también se ha progresado en este aspecto y en el año 2013 se ha publicado la versión actualizada de las Recomendaciones para el manejo de la Neumonía Adquirida en Comunidad con el aval de varias sociedades científicas del país (7). Todos estos esfuerzos mundiales encaminados a un enfoque diagnóstico temprano, definir la severidad del cuadro patológico así como acercarnos a una terapéutica acertada que nos disminuya la morbimortalidad de la enfermedad.

A partir de múltiples variables descritas en la literatura que se relacionan con la severidad y mortalidad en neumonía, se han desarrollado las escalas de severidad de la enfermedad, con el fin de identificar tempranamente (desde

el mismo ingreso del paciente a urgencias o consulta ambulatoria) si requiere manejo hospitalario o ambulatorio; así como orientar el tratamiento antibiótico o incluso definir el ingreso a una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Las escalas más evaluadas a nivel mundial han sido el CURB-65 (8) o su modificación (CRB-65) y el índice de severidad de neumonía (PSI) entre otros (9). Independiente de cuál escala usemos, como lo demuestra la revisión sistemática y metaanálisis comparativo de las escalas realizado por Chalmers et al (10), su importancia radica en aplicarlas siempre que tengamos un paciente con NAC.

Igual de relevancia tiene la elección temprana del tratamiento antibiótico ajustado a la flora bacteriana causante de la NAC de la región, por lo cual es de importancia vital los esfuerzos ingentes para tratar de identificar, siempre que sea posible, los gérmenes responsables de la NAC. En Colombia contamos con más de media docena de publicaciones de diferentes regiones del país, que nos pueden dar una idea aproximada de los gérmenes etiológicos presentes en nuestra población y con base en esto, iniciar tempranamente una terapia antibiótica empírica en nuestro paciente que ingresa al servicio de urgencias o consulta ambulatoria con diagnóstico de NAC, ya que, a pesar de ser controversial a la fecha, las primeras ocho horas tienen al parecer una importancia epidemiológica para disminuir la severidad de la enfermedad, la mortalidad y la estancia hospitalaria según estudios clínicos publicados (11-15).

El estudio de Machado et al publicado en el número actual de la revista (16), nos muestra el panorama de un hospital de tercer nivel, ubicado en el Eje Cafetero, el cual puede ser una radiografía cercana de lo que ocurre en la mayoría de instituciones, tanto públicas como privadas en Colombia, en la cual como anota el grupo investigador en su introducción, no se cuenta con guías institucionales que defi-

nan la conducta a seguir en los pacientes con esta patología que ingresan a los diferentes servicios de una institución prestadora de servicios de salud.

A pesar de las limitaciones propias del tipo de estudio desarrollado, nos ilustra acerca de las posibles variables relacionadas con mortalidad como son taquicardia, sepsis e ingreso a UCI, las cuales están en concordancia con publicaciones previas (5-7). Igualmente el uso de antibióticos en monoterapia y la no inclusión de macrólidos no se relacionó con el riesgo de muerte, lo que apoya lo obtenido en estudios colombianos previos (7), en que el germen más frecuente sigue siendo el *Streptococcus pneumoniae* sensible, aunque el *Mycoplasma pneumoniae* ha cobrado mayor relevancia, llegando en algunas series a ser identificado en cerca de 8.5-22% de los casos de NAC del adulto.

Se deben insistir en el desarrollo de estudios epidemiológicos en Colombia, idealmente que involucren varias regiones del país, para establecer la etiología de la NAC en adultos en nuestro país, así como validar las escalas de severidad para NAC existentes en nuestra población, ya que como vemos en el estudio de Machado et al, hay múltiples variables que pueden estar involucradas y no están incluidas en estas escalas, lo que sería de vital importancia en nuestra región su identificación e influencia en los desenlaces clínicos. Por último la implementación de guías de manejo institucional debe ser imperativa para disminuir el impacto humano y económico de la enfermedad en nuestro país.

Rerefencias

1. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf. Revisada el 24 de octubre de 2013.
2. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/projections/en/index.html. Revisada el 27 de octubre de 2013.
3. <http://www.dane.gov.co/index.php/es/poblacion-y-demografia/nacimientos-y-defunciones/118-demograficas/estadisticas-vitales/2863-defunciones-no-fetales-2012-preliminar>. Revisado el 28 de octubre de 2013
4. <http://www.dane.gov.co/index.php/es/poblacion-y-demografia/nacimientos-y-defunciones/118-demograficas/estadisticas-vitales/4675-defunciones-no-fetales-2013>. Revisado el 28 de octubre de 2013.
5. **Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A, et al.** Infectious Diseases Society of American/American Thoracic Society Consensus guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults. *Clin Infect Dis* 2007; **44**: S27-72
6. **Lim WS, Boudouin SV, George RC, et al.** The British Thoracic Society Guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults. Update 2009. *Thorax* 2009; **64** (Suppl 3): iii1-55.
7. ACNCT, AMCI, ACMI, ACIN. Guía de práctica clínica: Recomendaciones para el diagnóstico, tratamiento y prevención de la neumonía adquirida en la comunidad en adultos inmunocompetentes. *Infectio* 2013; **17** (Supl 1): 1-38.
8. **Lim WS, Van der Eerden MM, Laing R, et al.** Defining community acquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study. *Thorax* 2003; **58**: 377-82.
9. **Fine MJ, Auble TE, Yealy DM, et al.** A prediction rule to identify low-risk patients with community acquired pneumonia. *N Engl J Med* 1997; **336**: 243-50.
10. **Chalmers JD, Singanayagam A, Akram AR, et al.** Severity assessment tools for predicting mortality in hospitalized patients with community acquired pneumonia. Systematic review and meta-analysis. *Thorax* 2010; **65**: 878-883.
11. **Houck PM, Bratzler DW, Nsa W, et al.** Timing of antibiotic administration and outcomes for Medicare patients hospitalized with community acquired pneumonia. *Arch Intern Med* 2004; **164**: 637-44.
12. **Kanwar M, Brar N, Khatib R, et al.** Misdiagnosis of community acquired pneumonia and inappropriate utilization of antibiotics: side effects of the 4-h antibiotic administration rule. *Chest* 2007; **131**: 1865-9.
13. **Berjohn CM, Fishman NO, Joffe MM, et al.** Treatment and outcomes for patients with bacteremic pneumococcal pneumonia. *Medicine* (Baltimore) 2008; **87**: 160-6.
14. **Schaaf B, Kruse J, Rupp J, et al.** Sepsis severity predicts outcome in community acquired pneumococcal pneumonia. *Eur Respir J* 2007; **30**: 517-24.
15. **Garnacho Montero J, Garcia Cabrera E, Diaz Martin A, et al.** Determinants of outcome in patients with bacteraemic pneumococcal pneumonia: importance of early adequate treatment. *Scan J Infec Dis* 2010; **42**: 185-92.
16. **Machado JE, Isaza B, Sepúlveda M.** Factores asociados a mortalidad por neumonía en un hospital de tercer nivel en Colombia. *Acta Med Colomb* 2013; **38**: 233-238