

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