



BOLETÍN AMG

N. 6/2018

Revista Mexicana de Gastroenterología

•Próximo evento

•Reseña historia de los inicios de la AMG

•Gastronoticias

1.- REVISTA MEXICANA DE GASTROENTEROLOGIA:

En el Número 2/2017 de la Revista de Gastroenterología de México se publica el “Consenso Mexicano sobre Probióticos en Gastroenterología”.

Existe un número significativo de estudios que apoyan la eficacia de los probióticos en algunos trastornos digestivos. Sin embargo, el desconocimiento de la evidencia científica y las diferentes presentaciones y composiciones microbianas de los probióticos disponibles dificultan su prescripción. Por lo anterior, 17 gastroenterólogos de adultos y 12 gastroenterólogos pediatras elaboraron 38 enunciados sobre el uso de probióticos en enfermedades gastrointestinales, tanto en niños como en adultos. A continuación, se muestran algunos enunciados sobre el uso de probióticos en niños.

11a. En Niños, los probióticos son eficaces y seguros para la prevención de la diarrea asociada a antibióticos.

12a. *S. Boulardii* así como *Lactobacillus GG*, *L. casei*, *L. acidophilus*, *L. bulgaricus*, *Bifidobacterium longum*, solos o en combinación reducen la duración de la diarrea aguda aproximadamente un día y disminuyen la frecuencia de las evacuaciones al segundo día de su consumo.

12b. La administración preventiva de *Lactobacillus GG*, *S. boulardii*, *L. acidophilus*, *L. bulgaricus* y *Bifidobacterium* solos o combinados a niños hospitalizados disminuye la incidencia de diarrea aguda hospitalaria de diversa etiología incluyendo rotavirus.

13a. La evidencia para el empleo de probióticos en el tratamiento de diarrea persistente y diarrea del viajero en niños es limitada.

15a. El empleo preventivo de probióticos disminuye la incidencia de diarrea asociada a *C. difficile* por antibióticos.

17a. Existe evidencia limitada acerca del uso de probióticos para incrementar las tasas de erradicación de *H. pylori*.

18. El uso de probióticos no ha demostrado ser de utilidad en niños con dispepsia funcional o dolor abdominal funcional.

20a. La administración de probióticos es más efectiva que el placebo en el tratamiento del dolor abdominal asociado al SII.

22a. No existe evidencia de la eficacia de los probióticos en el tratamiento del estreñimiento funcional en niños.

23. La evidencia es insuficiente para recomendar el uso de probióticos en el manejo del cólico infantil.

27a. La evidencia para el uso de probióticos en la inducción de la remisión o mantenimiento de la enfermedad de Crohn, CUCI y pouchitis en pacientes pediátricos es insuficiente.

30. Independientemente de la edad gestacional y el estadio de la enterocolitis necrosante (ECN), el uso de probióticos podría reducir significativamente el riesgo de ECN en recién nacidos prematuros.

31. La evidencia para recomendar el uso preventivo de probióticos en niños para enfermedades alérgicas o hipersensibilidad a alimentos es insuficiente.

32. La administración prenatal o posnatal de probióticos no previene la alergia alimentaria.

37. Los datos científicos disponibles sugieren que la administración de probióticos en fórmulas infantiles no plantea preocupaciones de seguridad con respecto a efectos adversos. Sin embargo, en la actualidad, hay datos insuficientes para recomendar el uso rutinario de fórmulas infantiles suplementadas con probióticos.

38. El uso de probióticos en mujeres embarazadas que amamantan a sus bebés puede reducir el riesgo de eczema en los niños. Sin embargo, la evidencia es insuficiente.

REFERENCIA:

Valdovinos MA, Montijo E, Abreu AT, et al. Consenso mexicano sobre probióticos en gastroenterología. *Rev Gastroenterol Mex.* 2017;82(2):156-178.

2. PROXIMO EVENTO: GASTROTRILOGIA XIII

XIII GASTROTRILOGÍA

13 - 14 de ABRIL, 2018

DURANGO

“Abordaje médico, endoscópico y quirúrgico en problemas clínicos comunes”

El Dr. José Luis Tamayo de la Cuesta, expresidente de nuestra asociación y gastroenterólogo de la Universidad Autónoma de Sinaloa, nos hablará acerca del “Tratamiento Médico de la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE): ¿Cómo maximizar su efecto y reducir los efectos indeseables?”. A continuación, presentamos algunos puntos importantes de su participación.

El tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) ha mejorado mucho desde el desarrollo de los inhibidores de la bomba de protones (IBP). Los IBP son fármacos muy eficaces y seguros para el tratamiento de la ERGE tanto en su variedad erosiva como no erosiva (ERNE). Sin embargo, una proporción significativa de pacientes con ERGE (30-40%) siguen teniendo síntomas aún durante el tratamiento con un IBP.

En varias publicaciones se ha mencionado que los pacientes con ERNE responden menos al tratamiento con IBP, o que requieren de dosis más altas o tratamiento por más tiempo. Sin embargo, un meta-análisis reciente demostró que cuando se realiza en estos pacientes un estudio de pH-metría que confirme reflujo ácido patológico, la tasa de respuesta sintomática es de 80%, similar a la respuesta de pacientes con variedad erosiva. Los IBP con frecuencia son prescritos de manera inadecuada y sobre todo en sujetos de la tercera edad, en quienes la probabilidad de presentar un efecto adverso o interactuar con otros medicamentos es más probable. Recientemente se ha publicado evidencia de posibles efectos adversos relacionados con el tratamiento crónico con IBP, que incluyen un incremento en el riesgo de fracturas, nefritis intersticial aguda, neumonía adquirida en la comunidad, infección por *Clostridium difficile*, sobrecrecimiento bacteriano, disbiosis, deficiencias de vitaminas o minerales, desarrollo de pólipos en glándulas fúndicas, demencia, Alzheimer, infarto al miocardio y hasta incremento en el riesgo de muerte. Aunque el riesgo para la mayoría de estas complicaciones es modesto y derivado de estudios observacionales, se han planteado preocupaciones acerca de la terapia a largo plazo con IBP.

El hecho de que más del 30% de los pacientes son refractarios al tratamiento con IBP y el surgimiento de posibles efectos adversos ha impulsado la necesidad de buscar nuevos

fármacos con otros mecanismos fisiopatológicos, con el propósito de mejorar aún más el control de los síntomas.

Fármacos potenciales pueden ser los que reducen el número de relajaciones transitorias del esfínter esofágico inferior (RTEEI), reduciendo así tanto el reflujo ácido como el no ácido. El más utilizado de estos fármacos es el baclofeno, que es un antagonista GABA-B, que ha demostrado en estudios clínicos disminuir el número de RTEEI así como los episodios de reflujo ácido, no ácido y el reflujo nocturno. Sin embargo, su uso está limitado por efectos colaterales frecuentes, como náuseas, somnolencia, mareos y fatiga. Otros medicamentos que reducen las RTEEI son el arbaclofen, el lesogaberán, el rimonabant, la spiroglumida, la itriglumida y la loxiglumida. Pero no han llegado al uso clínico por efectos colaterales o porque no han demostrado utilidad en reducir los episodios de pirosis en pacientes.

En contraste con los IBP, que se unen a las bombas e protones de forma irreversible, los bloqueadores de ácido competitivos del canal de potasio (P-CABs) inhiben la H⁺ / K⁺ ATPasa de una manera competitiva y reversible. El vonoprazan, es el fármaco prototipo de estos P-CABs, es el más estudiado y se comercializa en Japón. Produce una inhibición rápida, potente y prolongada de la secreción ácida. En términos de alivio de síntomas y tasas de cicatrización de erosiones esofágicas ha demostrado una eficacia similar o mayor a IBP's. Sin embargo, el uso clínico de vonoprazan plantea también algunas cuestiones sobre su eficacia y seguridad a largo plazo que merecen una futura investigación y verificación cuidadosa.

A pesar de los avances en el tratamiento de la ERGE, existen necesidades aún no satisfechas: Los pacientes con esofagitis erosiva grados C y D muestran tasas de curación bajas a dosis estándar de IBP una vez al día. Los pacientes con ERNE responden menos a IBP, porque incluyen pacientes con hipersensibilidad al ácido o con pirosis funcional; este grupo de pacientes puede beneficiarse del uso de analgésicos viscerales. El tratamiento de las manifestaciones atípicas o extraesofágicas de la ERGE ha sido decepcionante, en algunos casos los IBP no han mostrado mayor beneficio que el placebo.

3. BREVE RESEÑA HISTORICA DE LOS INICIOS DE LA ASOCIACION MEXICANA DE GASTROENTEROLOGIA.

Las actividades de la Asociación Mexicana de Gastroenterología se iniciaron con su fundación por el maestro Abraham Ayala González el 16 de julio de 1935, en el Hospital General de México.



Sin embargo, sus antecedentes directos se encuentran a partir de 1910, en los años de formación de la gastroenterología mexicana como una especialidad que antes no existía y que vino a ser la razón de ser de la creación de nuestra Asociación. Por aquella época, los médicos mexicanos carecían prácticamente de toda comunicación con los países en los que se estaba practicando la medicina más avanzada. Al referirse a esta situación, el maestro Salvador Zubirán escribió en alguna ocasión que los graves sucesos que ocurrían en el México de aquel entonces "suspendieron bruscamente todo contacto y toda información con

el exterior, acentuándose el atraso ya existente al hacer imposible el conocimiento de los avances científicos que se lograban en el mundo y, en particular, la aplicación de técnicas de diagnóstico y de recursos terapéuticos que surgían en forma explosiva en los centros médicos europeos y norteamericanos”.

La falta de comunicación no era, sin embargo, el único factor que originaba el grado de atraso en que se encontraba la medicina en nuestro país debido a las graves carencias de todo tipo, ya que sólo algunos de los más grandes hospitales, entre ellos el Hospital Juárez, por ejemplo, contaba con un solo aparato de rayos X y el Hospital General, -en el cual al ser fundado en 1905 no se había destinado ninguna área para rayos X-, tenía en 1922 también un solo aparato, el cual se utilizaba principalmente para el estudio de problemas de traumatología.

A pesar de todos estos obstáculos, los médicos de aquel entonces lograron superar carencias y limitaciones difíciles de imaginar ahora, y habían hecho sus estudios en condiciones de pobreza y de enormes dificultades en la época revolucionaria, pero con gran dedicación y, a base de esfuerzos, lograron destacar en el ejercicio profesional y en la enseñanza, convirtiéndose en los médicos del siglo, entre ellos los doctores Ignacio Chávez, Abraham Ayala González, Aquilino Villanueva, Leonides Guadarrama, Miguel Bustamante, Gustavo Baz, Federico Gómez, Gastón Melo, Salvador Zubirán, Raoul Fournier, por mencionar sólo algunos, quienes para poder enseñar los conceptos propios de cada especialidad, tuvieron primero que aprender, pero sin maestros, pues nadie tenía los conocimientos necesarios en cada rama, de tal manera que tuvieron que ser, por necesidad, autodidactas.

Esta inclinación por empezar a interesarse en las especialidades fue consecuencia de la explosión de conocimientos que se produjo después de la Primera Guerra Mundial. Por aquel entonces el centro hospitalario máximo de nuestro país era el Hospital General de México, el cual había sido fundado en 1905 y, en el año de 1923, tres jóvenes que contaban apenas con tres o cuatro años de haberse recibido de médicos, el Dr. Ignacio Chávez, el Dr. Aquilino Villanueva y el Dr. Abraham Ayala González, se empezaron a interesar por el estudio y la atención especial de enfermos con padecimientos de los aparatos cardiovascular, urinario y digestivo respectivamente.

A finales de 1923 y principios de 1924 otros disturbios que provocaron un movimiento armado hicieron que en el Hospital General se cesara a catorce médicos, se redujeran aun más los recursos económicos y las plazas de personal técnico. Como muestra de inconformidad, el director del hospital renunció y fue substituido por un médico ginecólogo que no pudo controlar la situación, la cual se prolongó hasta que el Presidente de la República, Gral. Álvaro Obregón, delegó la responsabilidad de las funciones asistenciales del Distrito Federal, -que hasta entonces dependían de la Secretaría de Gobernación-, a una Junta de Beneficencia Pública, constituida por personas ajenas a la administración gubernamental, con fondos propios y que tendría una relación directa con el Presidente de la República.

Este nuevo organismo designó entonces como Director del Hospital General al Dr. Genaro Escalona, quien había trabajado ahí desde muy joven y que ya antes había sido director por breve tiempo en 1918.

El Dr. Escalona, gran conocedor de las aptitudes y de la dedicación de los médicos de su hospital, sentó las bases de tres especialidades médicas, al designar, seguramente en noviembre o diciembre de 1924, “el establecimiento de pabellones exclusivamente para enfermos de vías urinarias altas, cardiovasculares y digestivas, cuya atención ha quedado respectivamente encomendada a los estimables jóvenes médicos, don Aquilino Villanueva, don Ignacio Chávez y don Abraham Ayala González”.

Estas célebres palabras probablemente fueron comunicadas sólo verbalmente puesto que el maestro Pedro Ramos, dedicado a la investigación histórica de este acontecimiento, no encontró registro oficial en el hospital, pero las encontró consignadas en el primer número de la Revista de Ciencias Médicas, órgano oficial de los establecimientos de Beneficencia del Distrito Federal que fue publicado en noviembre-diciembre de 1925.

Con esta histórica disposición, el Dr. Escalona inició en México la era de las especialidades en medicina, entre ellas la gastroenterología, pero al mismo tiempo ponía en manos de los doctores mencionados una enorme responsabilidad, sin imaginar tal vez que a la postre los tres serían especialistas excepcionalmente brillantes, los tres serían directores del Hospital General y que el Dr. Aquilino Villanueva y el Dr. Abraham Ayala llegarían a ocupar el puesto máximo que podía alcanzar un médico mexicano, el de Jefe del Departamento de Salubridad.

Así se inició lo que constituye el primer período de la gastroenterología mexicana comprendido entre 1925 (con la asignación de un pabellón especial para la atención de enfermos del aparato digestivo) y la fundación de la Asociación Mexicana de Gastroenterología en 1935.

DR. HUMBERTO HURTADO ANDRADE

4. GASTRONOTICIAS:

“RIESGO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA EN PACIENTES QUE CONSUMEN ANTICOAGULANTES ORALES NO ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K: REVISION SISTEMÁTICA Y META-ANÁLISIS”

Los anticoagulantes orales no antagonistas de la vitamina K (NOAC, por sus siglas en inglés) son efectivos en la prevención y tratamiento del tromboembolismo venoso y para la prevención del accidente cerebrovascular isquémico y la embolia sistémica en pacientes con fibrilación auricular. Sin embargo, estos medicamentos se han asociado con un riesgo incrementado de hemorragia gastrointestinal.

Los Dres. Miller y colaboradores realizaron esta revisión sistemática y meta-análisis de 43 estudios aleatorizados que incluyeron un total de 166,289 pacientes.

Los autores no encontraron diferencias entre los NOAC y los anticoagulantes convencionales en el riesgo de presentar una hemorragia gastrointestinal mayor (1.5% vs 1.3%), un sangrado gastrointestinal alto (1.5% vs 1.6%) o un sangrado gastrointestinal bajo (1.0% vs 1.0%, respectivamente).

Cuando se analizaron individualmente estos anticoagulantes encontraron que dabigatran (2.0% vs 1.4%) y rivaroxaban (1.7% vs 1.3%) se asociaron con un riesgo incrementado de presentar hemorragia gastrointestinal mayor comparados con anticoagulantes convencionales, mientras que no se encontraron diferencias con apixaban (0.6% vs 0.7%) o con edoxaban (1.9% vs 1.6%).

En la discusión, los autores mencionan que sería muy útil el estratificar los pacientes que requieran anticoagulación a largo plazo, de acuerdo al riesgo de presentar hemorragia gastrointestinal. La insuficiencia renal o hepática, edad avanzada, bajo peso y el uso concomitante de agentes antiplaquetarios se han asociado con un riesgo teórico u observacional de hemorragia digestiva mientras reciben dabigatran o rivaroxaban.

El Dr. Loren Laine, de la escuela de medicina de Yale, comenta en una editorial asociada a este artículo, que dentro del análisis hay 4 estudios con muchos pacientes y que metodológicamente son de muy alta calidad. En estos 4 estudios el riesgo de hemorragia gastrointestinal mayor se incrementa del 20 al 50% con 3 de los NOAC y que no hay diferencia con apixaban; pero que el riesgo de hemorragia intracraneal fue mucho menor con estos 4 NOACs comparados con warfarina, con una reducción del riesgo relativo de aproximadamente 30 al 60%. El hecho de que estos medicamentos aumenten el riesgo de hemorragia gastrointestinal comparados con otros sitios de hemorragia, como la hemorragia intracraneal, se ha postulado que se debe a un efecto anticoagulante tópico y directo de los NOAC en el tracto gastrointestinal que no se presenta con warfarina. También comenta que en un estudio reciente observacional se encontró que el apixaban se asocia, con resultados similares a las de este artículo, con reducciones en el riesgo de hemorragia digestiva del 61 y 67% comparado con dabigatrán y rivaroxabán, respectivamente.

Finalmente comenta que, en el caso de los anticoagulantes, no podemos enfocarnos solamente en el riesgo de hemorragia gastrointestinal sin considerar otras fuentes de sangrado potencial, porque entonces tendríamos un cuadro incompleto y podríamos manejar de una manera no adecuada a los pacientes que requieren tratamiento a largo plazo con estos medicamentos.

REFERENCIAS:

Miller CS, Dorren A, Martel M, et al. Risk of Gastrointestinal Bleeding in Patients Taking Non-Vitamin K Antagonist Oral Anticoagulants: A systematic Review and Meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2017; 15:1674-1683

Laine L. Bleeding With Direct Oral Anticoagulants: The Gastrointestinal Tract and Beyond. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2017; 15:1665-1667