



# BOLETÍN AMG

N. 11/2018

• Revista Mexicana de Gastroenterología

• Próximo evento

• Reseña Histórica de los Inicios de la AMG

• Gastronoticias

*En el Número 1/2018 de la **Revista de Gastroenterología de México** se publica el artículo “El abordaje, las actitudes y el conocimiento acerca de *Helicobacter pylori* en médicos generales es deficiente.*

*¡Hay mucho que mejorar!”.*

*En este interesante artículo original del grupo del **Dr. Remes-Troche de la Universidad Veracruzana** se muestran los resultados de un estudio transversal, mediante la aplicación en forma directa, de un cuestionario a 411 médicos generales que acudieron a cursos de capacitación sobre enfermedades digestivas al Instituto de Investigaciones Médico Biológicas de la Universidad Veracruzana entre mayo de 2013 a febrero de 2015.*

La justificación para hacer esta investigación se hizo en base a que la frecuencia del *Helicobacter pylori* (Hp) es una de las más comunes en el ser humano, por lo que se han realizado una serie de guías y recomendaciones para el apropiado escrutinio, diagnóstico y manejo de los pacientes con Hp, incluyendo un consenso mexicano sobre Hp publicado en 2007, que considera situaciones especiales de la infección en nuestro país. Esta elevada frecuencia produce que una gran cantidad de enfermos sean atendidos en los primeros niveles de atención médica, por ende, es fundamental que los médicos de primer contacto tengan el conocimiento apropiado para realizar una adecuada

toma de decisiones y evitar prácticas incorrectas con elevados costos y nulos beneficios para la salud de la población.

El 82.5% de los médicos evaluados considera que la infección por Hp puede ser causante de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y sólo 45% la consideran la principal causa de dispepsia. Solo el 21% de los médicos refirió tener conocimiento de la prevalencia de la infección en México. El 31% de los encuestados refirió que para hacer el diagnóstico se requieren dos pruebas y el 11 % refiere utilizar hasta 3 pruebas para llegar al diagnóstico. Cuando se utiliza una sola prueba la serología fue la prueba más común y casi ninguno de ellos utiliza la prueba de antígenos fecales en heces. De las indicaciones para erradicar el Hp sólo el 48.4% y el 39.2% indicó que eran úlceras y dispepsia respectivamente; pero el 41.8% respondió erróneamente que era la ERGE, el 27.3% que siempre que lo encontremos lo erradiquemos y el 14.8% el síndrome de intestino irritable.

El esquema de antibióticos más utilizado es claritromicina más amoxicilina (63.8%), seguido de metronidazol más tetraciclina (16%). El 92% de los médicos corroboran la erradicación mediante una endoscopia para el análisis histológico y la prueba de aliento solo se utiliza en el 23%.

Los autores concluyen que sus resultados muestran la carencia de conocimientos sobre las recomendaciones de diagnóstico y tratamiento establecidas en la infección por Hp, y que la implementación de talleres, cursos, conferencias o la elaboración de guías prácticas deben dirigirse a los médicos de primer contacto con la finalidad de fortalecer la práctica médica basada en la evidencia científica.

#### REFERENCIA:

Cano-Contreras AD, Rascón O, Amieva-Balmori M, et al. El abordaje, las actitudes y el conocimiento acerca de *Helicobacter pylori* en médicos generales es deficiente. ¡Hay mucho que mejorar! *Rev Gastroenterol Mex.* 2018; 83(1):16-24.

## 2. PROXIMO EVENTO: GASTROTRILOGIA XIII



El **Dr. Manuel Alejandro Martínez Vázquez**, de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud del Instituto Tecnológico de Monterrey, nos hablará acerca de **“EL PAPEL DE LA TERAPIA BIOLÓGICA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL”**. A continuación presentamos algunos puntos importantes de su participación.

Las estrategias de tratamiento para la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) son complejas y el paciente puede necesitar tratamiento farmacológico o

quirúrgico dependiendo de la localización de la enfermedad y de su severidad principalmente. El tratamiento estándar se ha definido como el uso de amino salicilatos, corticosteroides e inmunomoduladores como tratamiento de primera línea en colitis ulcerosa (CU); y más recientemente los agentes biológicos, que resultan ser de primera línea en enfermedad de Crohn (EC). Los agentes anti factor de necrosis tumoral (TNF) actúan uniéndose y neutralizando la citocina pro-inflamatoria del TNF, que es un mediador importante en las entidades inflamatorias crónicas severas. Actualmente existen cuatro agentes anti-TNF en México: el infliximab (IFX), adalimumab (ADA), golimumab (GLB) y certolizumab pegol (CZB).

Existen diferentes pautas para iniciar tratamiento de la CU y de la EC. En la CU se acepta el abordaje ascendente en el que se comienza con aminosalicilatos, escalando a inmunomoduladores, y en casos refractarios o graves se acepta el uso de biológicos. En el caso de la EC el uso de biológicos en forma temprana lo deciden algunos factores de riesgo como los siguientes: una afección extensa del intestino delgado, afección del tracto gastrointestinal superior grave, enfermedad rectal grave, pacientes jóvenes, pacientes con enfermedad perianal, pacientes con enfermedad penetrante/estenosante y pacientes con úlceras colónicas profundas.

Se administran, en la fase de inducción, dosis elevadas de los medicamentos biológicos para neutralizar el TNF circulante y tisular y evitar la formación de anticuerpos anti droga (AAD), y posteriormente se utilizan dosis de mantenimiento. En el caso del infliximab se indican infusiones con dosis de entre 5 y 10 mg/kg a las 0, 2 y 6 semanas, para posteriormente mantener la dosis cada 8 semanas.

Varios estudios han demostrado que uso concomitante de azatioprina, 6 mercaptopurina o metrotexato incrementan los niveles séricos de infliximab y reduce la probabilidad de desarrollar inmunogenicidad, por lo que se recomienda su uso en los primeros 12 meses el tratamiento.

El monitoreo terapéutico del medicamento, que consiste en la medición de proteína C reactiva, calprotectina en heces y la realización de endoscopia, es la mejor opción para decidir cambio de dosis o de medicamento.

El fracaso del tratamiento con medicamentos biológicos, puede ser una no respuesta primaria, o una pérdida de respuesta secundaria. Para poder hacer un diagnóstico de no respuesta primaria tienen que pasar al menos 14 semanas de tratamiento con interferón. Recientemente hay evidencia creciente que recomienda un monitoreo proactivo, en lugar de monitoreo reactivo en los pacientes que reciben terapia con medicamentos biológicos, que incluyen además de los estudios mencionados anteriormente, los niveles del medicamento en suero y la búsqueda de algún proceso infeccioso asociado. La asociación de un inmunomodulador, cuando se produce una pérdida de respuesta al tratamiento anti-TNF ha mostrado restaurar la respuesta clínica.

### **3. BREVE RESEÑA HISTÓRICA DE LOS INICIOS DE LA ASOCIACIÓN MEXICANA DE GASTROENTEROLOGÍA: TERCERA PARTE.**

*El primer período de la gastroenterología mexicana comprende 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.*

La revista de nuestra Asociación se empezó a editar tan sólo dos meses después de su fundación en 1935 y apareció antes que la revista Gastroenterology que, aunque había tenido otras revistas predecesoras, se empezó a editar como tal en enero de 1943. El primer número de nuestra revista se editó el 15 de septiembre de 1935 con el nombre de Revista de Gastro-Enterología, con un editorial escrito por el maestro Abraham Ayala González alusivo a la fundación de la Asociación, tres artículos de gastroenterología por los doctores Abraham Ayala González, Mario Quiñones y Carlos Coqui respectivamente, además de información bibliográfica.

A partir del segundo número nuestra revista se editó ya con el nombre de Revista de Gastro-Enterología de México. El Director y Fundador fue el Dr. Abraham Ayala González y el Gerente el Dr. Alberto Cancino C. Se publicaba bimestralmente y su costo anual de suscripción era de \$5.00 M. N., \$2.50 dólares para el extranjero y \$2.50 M. N. para los estudiantes.

A partir del segundo número nuestra revista se editó ya con el nombre de Revista de Gastro-Enterología de México. El Director y Fundador fue el Dr. Abraham Ayala González y el Gerente el Dr. Alberto Cancino C. Se publicaba bimestralmente y su costo anual de suscripción era de \$5.00 M. N., \$2.50 dólares para el extranjero y \$2.50 M. N. para los estudiantes.

Las sesiones académicas de la Asociación se realizaron durante años en el Hospital General y algunas veces se llevaban al cabo en la casa del Dr. Abraham Ayala González, mismas que culminaban con una sesión musical o cultural.

En el año de 1936 ingresó, después de los Fundadores, el primer miembro a la Asociación, el Dr. José Ramírez Ulloa, médico del Hospital General Militar de México.

La actividad académica de la Asociación desde su inicio fue muy productiva y muestra de ello es que del 17 al 30 de septiembre de 1936 se impartió en el Hospital General el Primer Curso para Graduados, tuvo un costo de inscripción de 20 pesos, se impartieron 25 conferencias, se inscribieron 28 médicos y un pasante de medicina y dejó utilidades por la cantidad de \$560.00 M.N. que se reinvertieron en la Asociación en apoyo a sus actividades científicas.

Todos los siguientes cursos de graduados fueron organizados por la Sociedad Médica del Hospital General, con la cooperación de la Asociación Mexicana de Gastroenterología y tenían como objetivo actualizar a los médicos en gastroenterología y desde luego en cirugía, debido a que no había cursos formales de la especialidad y asistían médicos procedentes de diferentes lugares.

Dos años después de la fundación de la Asociación ocurrió un trascendente acontecimiento. El día 23 de junio de 1937, el Director del Hospital General, Dr. Ignacio Chávez, fundó en ese hospital el primer servicio de gastroenterología, en un pabellón que antes había estado dedicado al servicio de maternidad; contó con 80 camas y se le equipó con laboratorio, endoscopia, rayos X y cirugía.

El servicio quedó instalado en dos pisos, en la planta alta se atenderían los enfermos de aparato digestivo bajo y en la planta baja los de aparato digestivo alto.

La remodelación fue completa y los pabellones alojaban ahora a los enfermos de dos en dos para ofrecer una atención más privada, contaba con un equipo de rayos X, una cocina para la preparación de las dietas, una pequeña biblioteca, una sala de esterilización y un anfiteatro de operaciones.

El Dr. Abraham Ayala González, que fue designado Jefe de Servicio, dio instrucciones precisas a la Srta. Esperanza Martínez, quien estaba a cargo del quirófano, para no permitir a nadie pasar en ropa de calle más allá de los lavabos – como antes se acostumbraba -, ni siquiera a quienes iban sólo a observar las operaciones.

Pocos años después de fundada la Asociación vendría a desaparecer aquella forma tan peculiar, autodidacta, de aprender la especialidad.

Los tiempos habían cambiado y los médicos tenían entonces ya oportunidades para aprender la medicina moderna en otros países y así, en el decenio de los años cuarenta, siendo Presidente de la República el Gral. Don Manuel Ávila Camacho y Secretario de Salubridad el Dr. Gustavo Baz, muchos médicos tuvieron oportunidad de ir como becarios a Estados Unidos de América, al mismo tiempo que en México se creaba una red de hospitales y se fundaban el Instituto Nacional de Cardiología y el Hospital de Enfermedades de la Nutrición.

Este último nació en el Pabellón 9 del Hospital General, en el costado oriente, sobre la calle de Dr. Jiménez 261.

El Diario Oficial de la Federación del sábado 30 de diciembre de 1944 anunció su creación y la fundación oficial se llevó al cabo el día 12 de octubre de 1946.

**DR. HUMBERTO HURTADO ANDRADE**

## **4. GASTRONOTICIAS:**

### **“LINEAMIENTOS DE PRACTICA CLINICA PARA INFECCION PR CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN ADULTOS Y NIÑOS: ACTUALIZACION 2017 POR LA SOCIEDAD DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE AMERICA (IDSA) Y LA SOCIEDAD DE EPIDEMIOLOGIA EN CUIDADO DE LA SALUD DE AMERICA (SHEA)”.**

Un panel de expertos fueron convocados por la ISDA Y LA SHEA para actualizar las guías clínicas de la infección por Clostridium Difficile (ICD) en adultos publicadas en 2010. Esta nueva actualización incorpora recomendaciones de la infección en niños, e incluye cambios significativos en el manejo y los métodos de diagnóstico de esta infección. A continuación presentamos algunos enunciados acerca del diagnóstico, prevención y control de la ICD.

1. Los pacientes con un inicio súbito de más de 3 evacuaciones no formadas en 24 horas son los candidatos a hacer pruebas diagnósticas para buscar ICD.
2. Utilizar pruebas de toxinas del CD en heces como parte de un algoritmo por pasos (ej.: Glutamato deshidrogenasa (GDH) más toxina; GDH más pruebas de amplificación de ácidos nucleicos (NAAT); o NAAT más toxinas), más que hacer pruebas NAAT solas para todos los especímenes recibidos en el laboratorio clínico cuando no hay criterios institucionales previamente acordados para el envío de muestras de heces de pacientes.
3. Utilizar solamente pruebas NAAT solas o un algoritmo por pasos (ej.: GDH más toxinas; GDH más NAAT; o NAAT más toxinas) más que una prueba de toxinas sola cuando si existen criterios institucionales previamente acordados para el envío de muestras de heces de pacientes.
4. No repetir las pruebas (dentro de 7 días) durante el mismo episodio de diarrea y no hacer pruebas en heces de pacientes asintomáticos, excepto para estudios epidemiológicos.

5. No hay datos suficientes para recomendar el uso de marcadores biológicos como lactoferrina fecal, como ayuda para el diagnóstico.
6. Debido a la alta prevalencia de portadores asintomáticos de CD en infantes, no se recomienda hacer pruebas para ICD en neonatos o infantes menores a 12 meses de edad con diarrea.
7. No se deben hacer pruebas para ICD rutinariamente en niños entre uno y dos años de edad con diarrea, a menos de que otras causas de diarrea infecciosa o no infecciosa se hayan descartado.
8. En niños mayores de 2 años de edad, se recomienda hacer pruebas para ICD en casos de diarrea prolongada o intensa que tengan además factores de riesgo (como una enfermedad inflamatoria intestinal o inmunodeficiencias), o algún factor de riesgo para la infección como uso de antibióticos recientemente o estar en contacto con personal sanitario.
9. Los pacientes con ICD deben permanecer en habitaciones privadas con un baño privado para disminuir el riesgo de transmisión a otros pacientes. Si hubiera un número limitado de habitaciones privadas, priorizar pacientes con incontinencia fecal para utilizarlos.
10. El personal de salud deberá utilizar guantes y batas al entrar a una habitación de un paciente con ICD.
11. Se recomienda continuar con aislamiento y precauciones de contagio por al menos 48 horas después que la diarrea haya desaparecido.
12. Es necesario lavarse las manos antes y después de estar en contacto con un paciente con ICD, o después de retirarse los guantes, con agua y jabón o un producto con base alcohol.
13. Se prefiere el lavado de manos con agua y jabón si hubo contacto directo con heces o en alguna área con contaminación fecal (ej. región perianal).
14. Hay que estimular el lavado de manos y el baño de los pacientes para reducir la cantidad de esporas del CD en la piel.
15. Utilizar ropa desechable con los pacientes y si no es posible, lavar y desinfectar la ropa con un detergente esporicida.
16. Incorporar medidas de limpieza efectivas para asegurar la calidad de la limpieza de los muebles y la habitación de los pacientes infectados.
17. No hay datos suficientes para recomendar escrutinio de portadores asintomáticos o de implementar precauciones de contagio en los mismos portadores.

18. Minimizar la frecuencia y duración de los antibióticos de alto riesgo, así como el número de antibióticos prescritos, para reducir el riesgo de ICD.

19. Implementar un programa de administración de antibióticos.

20. Aunque hay una asociación epidemiológica entre los inhibidores de bomba de protones (IBP) e ICD y los IBP innecesarios deben ser descontinuados, no hay evidencia suficiente para recomendar la suspensión de IBP como medida de prevención de ICD.

21. No hay datos suficientes para recomendar la administración de probióticos para la prevención primaria de ICD, fuera de estudios clínicos.

*REFERENCIA:*

11. McDonald C, Gerding DN, Johnson S, et al. *Clinical practice guidelines for Clostridium difficile infection in adults and children: 2017 update by the Infectious Disease Society of America (ISDA) and Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA)*. *Clin Infect Dis* Feb15,2018; XX(00):1-48. <https://doi.org/10.1093/cid/clx1085>.