

Respuesta al comentario del artículo «Recomendaciones de buena práctica clínica en la prescripción y deprescripción de inhibidores de la bomba de protones. Revisión por expertos de la AMG»



Response to the comments on the article «Good clinical practice recommendations for proton pump inhibitor prescription and deprescription. A review by experts from the AMG»

A los Editores,

Hemos leído con gran interés el comentario de Salvador IJ y Rivera BI¹ sobre las recomendaciones de Valdovinos-García et al. (2025) respecto a la prescripción y deprescripción de los inhibidores de la bomba de protones (IBP)². En particular, el algoritmo terapéutico propuesto para el uso de los IBP en los pacientes de las unidades de cuidados intensivos (UCI). Tras revisar el algoritmo con las recomendaciones publicadas, consideramos que refleja las indicaciones del consenso original, especialmente en cuanto a las condiciones clínicas y los factores de riesgo que justifican la profilaxis con los IBP en la UCI. Según nuestro consenso, «se recomienda el uso de profilaxis con los IBP en los pacientes admitidos a la unidad de terapia intensiva con factores de riesgo para úlceras por estrés», lo que sienta la base para restringir el uso de los IBP en las UCI, e unificarlos únicamente a aquellos casos de riesgo elevado. El algoritmo comentado incorpora correctamente los principales factores de riesgo mencionados en el consenso: la ventilación mecánica prolongada (más de 48 h) y la presencia de coagulopatía. Estos 2 factores han sido identificados por los expertos como los de mayor peso para precipitar hemorragia digestiva por úlcera de estrés en los pacientes críticos, con razones de riesgo estimadas de 15.6 para la ventilación > 48 h y 4.3 para la coagulopatía. En este sentido, el algoritmo propuesto por Salvador y Rivera está en línea con las recomendaciones originales, al exigir la presencia de ventilación mecánica > 48 h o coagulopatía para indicar un IBP en la UCI³. Vale la pena destacar que el artículo original reporta que el sangrado gastrointestinal clínicamente significativo en la UCI ocurre en ~1% de los pacientes críticos sin profilaxis, pero pese a su baja frecuencia constituye una causa importante de mortalidad. Precisamente por ello, la profilaxis con IBP está indicada en aquellos pacientes de la UCI con riesgo alto, ya que puede reducir la incidencia de hemorragia alrededor de un 60%. Si el algoritmo del comentario considera factores adicionales (p. ej., otras comorbilidades o situaciones de estrés fisiológico extremo en la UCI), conviene aclarar que el artículo original no los menciona de forma explícita como indicaciones primarias para profilaxis. Los autores del consenso enfocaron su recomendación en los 2 factores con respaldo estadístico más sólido (ventilación mecánica prolongada y coagulopatía), esto no excluye que existan otros contextos clínicos que incrementen el riesgo de sangrado (como el choque séptico, grandes quemaduras, trauma cerebral, uso de altas dosis de corticoesteroides, etc.)^{3–5}, sino que indica que

la evidencia disponible otorga especial importancia a la ventilación prolongada y a la coagulopatía. En la práctica, estos otros factores suelen considerarse relevantes cuando se acumulan o se suman a los mayores; sin embargo, el consenso no los enumeró, posiblemente para priorizar la concisión y la evidencia de mayor calidad. En cualquier caso, el núcleo del algoritmo —restringir la prescripción de los IBP en la UCI a los pacientes con riesgo significativo de sangrado— concuerda con el espíritu de las recomendaciones originales.

Además, queremos reforzar la validez del algoritmo en lo concerniente a la *deprescripción* del IBP una vez que el paciente deja de estar expuesto a los factores de riesgo en la UCI. En las recomendaciones señalamos claramente que no existe diferencia significativa entre distintas dosis o vías de administración del IBP para estos fines profilácticos, por lo que se recomienda usar la dosis estándar y mantener el tratamiento solo mientras el paciente presente los factores de riesgo, suspendiéndolo cuando dichos factores se hayan resuelto. Esta indicación es fundamental para evitar tratamientos innecesariamente prolongados con IBP en el paciente crítico. De hecho, los autores del consenso subrayan que los IBP se encuentran entre los fármacos más sobreutilizados: hasta *dos terceras partes* de los pacientes que los toman carecen de una indicación apropiada para su uso crónico. Por tanto, suspender el IBP en ausencia de una indicación clara (como lo sería la profilaxis en un paciente que ya no está intubado ni coagulopático) es considerado una buena práctica clínica.

En conclusión, el algoritmo terapéutico propuesto en el comentario de Salvador y Rivera para el uso de IBP en los pacientes de la UCI es consistente con las recomendaciones de Valdovinos-García et al. (2025). Dicho algoritmo refleja adecuadamente que la indicación de profilaxis con IBP debe limitarse a los pacientes críticos con alto riesgo comprobado (principalmente ventilación mecánica > 48 h o coagulopatía), y coincide con el consenso original en desalentar el uso de IBP cuando no existen tales factores de riesgo. Esta congruencia, respaldada por los datos del artículo original, refuerza la validez del algoritmo y aporta claridad en la aplicación práctica de las recomendaciones, enfatizando tanto la utilización criteriosa de los IBP en la UCI como su deprescripción oportuna una vez superadas las condiciones de riesgo.

Financiación

No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este artículo.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

1. Salvador IJ, Rivera BI. Comentario al artículo «Recomendaciones de buena práctica clínica en la prescripción y deprescripción de inhibidores de la bomba de protones. Revisión por expertos de la AMG». *Rev Gastroenterol Mex.* 2025;90.
2. Valdovinos-García LR, Villar-Chávez AS, Huerta-Iga FM, et al. Recomendaciones de buena práctica clínica en la prescripción

- y deprescripción de inhibidores de la bomba de protones. *Rev Gastroenterol Mex.* 2025;90:111–30, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rgm.2024.11.004>.
3. Cook DJ, Fuller HD, Guyatt GH, et al. Risk factors for gastrointestinal bleeding in critically ill patients. *N Engl J Med.* 1994;330:377–81, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM199402103300601>.
 4. Narum S, Westergren T, Klemp M. Corticosteroids and risk of gastrointestinal bleeding: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* 2014;4:e004587, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004587>.
 5. MacLaren R, Dionne J, Granholm A, et al. Society of Critical Care Medicine and American Society of Health-System Pharmacists guideline for the prevention of stress-related gastrointestinal bleeding in critically ill adults. *Crit Care Med.* 2024;52:e421–30, <http://dx.doi.org/10.1097/CCM.0000000000006330>.

L.R. Valdovinos-García^{a,b,*}

^a *Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Cirugía Experimental, Ciudad de México, México*

^b *Instituto Politécnico Nacional, Escuela Superior de Medicina, Ciudad de México, México*

* Autor para correspondencia. Calle, Núm. Exterior, interior, Calle Puente de Piedra 150 Torre 2 - 618, Colonia Toriello Guerra, C.P. 14050. Ciudad Tlalpan, CD MX. Teléfono: +525543039758.

Correo electrónico: drprapul@gmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.rgm.2025.06.001>
0375-0906/ © 2025 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Trasplante de microbiota fecal en *Clostridioides difficile* recurrente: ¿es pertinente mayor rigor metodológico y el análisis de otras poblaciones?



Fecal microbiota transplantation in recurrent *Clostridioides difficile*: Is greater methodological rigor and the analysis of other populations relevant?

Sr. Editor,

Hemos leído con particular interés el estudio de Quera R et al.¹ titulado «Trasplante de microbiota fecal mediante colonoscopia en el tratamiento de la infección por *Clostridioides difficile* recurrente: experiencia de un centro universitario», que tuvo por objetivo describir resultados clínicos del trasplante de microbiota fecal (TMF) realizado para el tratamiento de la infección por *Clostridioides difficile* (ICD) recurrente. Siendo así, nos permitimos hacer las siguientes acotaciones.

Es de resaltar la adecuada y detallada descripción de los aspectos metodológicos del estudio de Quera et al.¹. El uso de las pruebas estadísticas de normalidad ha sido ampliamente discutido, aunque, cada una tiene sus indicaciones claras, la prueba de Shapiro-Wilk se recomienda sobre la prueba de Kolmogorov-Smirnov, puesto ha demostrado que es más potente y precisa. Sin embargo, consideramos pertinente haber dado más datos estadísticos sobre el uso de esta prueba y posibles limitaciones para la implementación de la misma, por ejemplo, es recomendado que para aplicar esta prueba se realice un muestreo probabilístico y los autores no aportan mayores datos acerca de su muestreo y las decisiones para escoger².

En el estudio de Quera et al.¹, a los pacientes se les realizó un seguimiento clínico de al menos 3 meses post-TMF y el porcentaje de éxito del TMF se definió como la

ausencia de un nuevo episodio de ICD durante las 8 semanas posprocedimiento. Por el contrario, en el estudio de Gupta et al.³ se describen definiciones para una curación clínica y curación general, permitiendo así evaluar la efectividad del procedimiento; la primera se define como resolución de la diarrea o la toxina de *Clostridioides difficile* (*C. difficile*) en un plazo de 12 semanas o años y la segunda como curación tras un único o repetido TMF. Uno de los criterios de inclusión para el estudio fue el diagnóstico de ICD basado en el cuadro clínico y la confirmación del *C. difficile* mediante la técnica de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para toxina A y B, lo cual podría considerarse como control posmanejo, aunque no es mencionado en este estudio¹.

Quera et al.¹ mencionan las limitaciones en el tamaño de la muestra, pero es importante la consideración de las poblaciones especiales como lo son los pacientes inmunocomprometidos. En el estudio de Alrabaa et al.⁴ se comparó un grupo de pacientes inmunocompetentes y otros inmunodeprimidos, donde se evidenció que todos los pacientes inmunocompetentes lograron una cura exitosa con TMF, mientras que 3 pacientes inmunocomprometidos experimentaron un fracaso. Un segundo TMF en estos 3 pacientes mostró un fracaso repetido en dos pacientes y fue exitoso solo en uno de ellos. Se observó que un predictor importante detrás de las tasas de fracaso de TMF para ICD en inmunocomprometidos fue la exposición a antimicrobianos pre-TMF.

A manera de conclusión, es menester resaltar la pertinencia y la calidad de la investigación de los autores, sus hallazgos y conclusiones. Consideramos necesario un esfuerzo sumatorio, de los centros de alta complejidad en cirugía y gastroenterología que permitan arrojar mejores y más sólidas pautas de manejo en ICD y TMF. El análisis metodológico y la población que nos permitimos realizar es con el objetivo de propender a la implementación continua de análisis metodológicos de los estudios, permitiendo el mejoramiento continuo y posicionamiento de la revista en el ámbito científico en Latinoamérica.