

M. Gómez* y G. Jara

Escuela Profesional de Medicina Humana, Universidad Privada San Juan Bautista, Chorrillos, Lima, Perú

*Autor para correspondencia. Teléfono: ++51 924164958; Mz. B Lote 24 Villa Venturito, Chorrillos, Lima, Perú.
Correo electrónico: marcos.gomez@upsjb.edu.pe (M. Gómez).

<https://doi.org/10.1016/j.rgm.2024.07.007>

0375-0906/ © 2024 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

Respuesta a Gómez-Calero et al. respecto a sus comentarios sobre el artículo «Prevalencia y características de enfermedad por reflujo gastroesofágico en mujeres embarazadas»



Response to Gómez-Calero et al. concerning their comments on the article «Prevalence and characteristics of gastroesophageal reflux disease in pregnant women»

Estimados Editores,

Deseamos agradecer a los doctores Gómez y Jara por sus esclarecedores comentarios sobre nuestro estudio «Prevalencia y características de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en mujeres embarazadas». Agradecemos la oportunidad de discutir y aclarar ciertas preocupaciones respecto a nuestra metodología.

Una de las observaciones realizadas fue respecto a la importancia de la actividad física para prevenir la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) durante el embarazo, señalando que los niveles de actividad física moderados a altos podrían disminuir el riesgo de ERGE. Mientras reconocemos la asociación entre la actividad física y el riesgo de ERGE, también observamos que el impacto del ejercicio físico sobre el riesgo de ERGE es variable, dependiendo del tipo y de la intensidad de las actividades. La actividad física moderada podría tener un efecto protector¹, pero el ejercicio vigoroso podría exacerbar los síntomas de ERGE al retrasar el vaciado gástrico^{2,3}. Además, la investigación que examina específicamente el papel protector de la actividad física contra la ERGE es actualmente escasa. Reconocemos esta laguna en la literatura y estamos de acuerdo en la necesidad de estudios prospectivos controlados para explorar regímenes de actividad física de manera segura y efectiva para mujeres embarazadas en riesgo de ERGE.

Otra observación es respecto a la interacción entre actividad física y obesidad, lo cual es un riesgo bien conocido para ERGE. Mientras que la circunferencia abdominal elevada se reconoce como un factor de riesgo para el reflujo durante el embarazo⁴, nuestra investigación previa dentro de esta misma investigación indicó que el índice de masa corporal (IMC) previo al embarazo y el IMC actual no tenían asociación significativa con la ERGE en el embarazo⁵. Además, observamos que la prevalencia de ERGE se incrementó en el tercer trimestre, en comparación con los trimestres anteriores. Estos hallazgos sugieren que los efectos mecánicos de la

presión abdominal incrementada por el agrandamiento del útero contribuyen probablemente más al desarrollo de ERGE que la obesidad resultado de una actividad física disminuida durante el embarazo. De tal manera que, aunque la obesidad es un factor de riesgo reconocido para ERGE en la población general, no creemos que juegue un papel sustancial en el inicio del reflujo durante el embarazo.

Con respecto a la observación sobre la influencia de los hábitos alimentarios sobre la ERGE durante el embarazo, particularmente sobre la metodología relacionada con la obtención de datos sobre hábitos alimentarios y su asociación con ERGE, el objetivo principal de nuestro estudio fue reportar la prevalencia y las características clínicas de la ERGE en el embarazo. Sin embargo, sí evaluamos los hábitos alimentarios, con enfoque particular en los patrones de alimentación y horarios, los cuales obtuvimos en mucho detalle en un estudio anterior⁵. En esa investigación no profundizamos en los tipos específicos de alimento consumido, sino que nos enfocamos en los patrones generales de alimentación y horarios, en particular el tiempo corto entre alimento y el momento de acostarse a dormir (MTBT, por sus siglas en inglés), el cual identificamos como un factor de riesgo significativo⁵. Registramos la comida principal con base en el tamaño total y la densidad calórica, tal y como lo reportaron los participantes, definiendo un MTBT «corto» como dos horas o menos. Para una comprensión detallada de nuestra recolección de datos y métodos de análisis, invitamos a los lectores a revisar la sección de metodología de dicha publicación.

En conclusión, es esencial continuar la investigación con mujeres embarazadas para poder ampliar la comprensión de los factores asociados con el reflujo en esta población vulnerable. Esto nos permitirá aliviar la carga de la ERGE, no solo por medio de intervenciones médicas, sino también por medio de la promoción de cambios de estilo de vida para mejorar la calidad de vida durante el embarazo.

Bibliografía

1. Lam S, Hart AR. Does physical activity protect against the development of gastroesophageal reflux disease Barrett's esophagus, and esophageal adenocarcinoma? A review of the literature with a meta-analysis. *Dis Esophagus*. 2017;30:1–10, <http://dx.doi.org/10.1093/dote/dox099>.
2. Neuffer PD, Young AJ, Sawka MN. Gastric emptying during walking and running: Effects of varied exercise intensity. *Eur J Appl Physiol Occup Physiol*. 1989;58:440–5, <http://dx.doi.org/10.1007/bf00643522>.
3. De Oliveira EP, Burini RC. The impact of physical exercise on the gastrointestinal tract. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2009;12:533–8, <http://dx.doi.org/10.1097/MCO.0b013e328326776>.

4. FriedenberG FK, Rai J, Vanar V, et al. Prevalence and risk factors for gastroesophageal reflux disease in an impoverished minority population. *Obes Res Clin Pract.* 2010;4:e261–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.orcp.2010.06.001>.
5. Quach DT, Le YT, Mai LH, et al. Short meal-to-bed time is a predominant risk factor of gastroesophageal reflux disease in pregnancy. *J Clin Gastroenterol.* 2021;55:316–20, <http://dx.doi.org/10.1097/mcg.0000000000001399>.

M.N. Luu^{a,b} y D.T. Quach^{a,b,*}

^a *Departamento de Medicina Interna, Universidad de Medicina y Farmacia de la Ciudad de Ho Chi Minh, Ciudad de Ho Chi Minh, Vietnam*

^b *Departamento de Gastroenterología, Hospital Nhan Dan Gia Dinh, Ciudad de Ho Chi Minh, Vietnam*

* Autor para correspondencia. Department of Internal Medicine, University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City. 217 Hong Bang Street, District 5, Ho Chi Minh 700000, Vietnam. Teléfono: +84918080225. Correo electrónico: drquachtd@gmail.com (D.T. Quach).

<https://doi.org/10.1016/j.rgm.2024.09.008>

0375-0906/ © 2024 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/>).

Estrategias de manejo perioperatorio y periprocedimiento de la anticoagulación en la cirrosis hepática



Periprocedural and perioperative anticoagulation management strategies in liver cirrhosis

A los Editores,

Leímos la declaración de consenso publicada por Velarde-Ruiz Velasco et al.¹ con gran interés y nos gustaría compartir los siguientes pensamientos y preguntas. Es importante enfatizar que existe una prevalencia significativa de condiciones cardiovasculares comórbidas, como la fibrilación auricular no valvular (5%), el tromboembolismo venoso (7%) y el tromboembolismo venoso esplácnico (hasta 24%), según los datos epidemiológicos². Además, en un estudio de cohorte realizado entre 2012 y 2019, se observó un incremento en la prescripción y utilización de anticoagulantes orales directos (ACOD) de un 20 a un 77%, mostrando un incremento significativo en las tendencias de prescripción de ACOD en la población con cirrosis hepática².

Debido a lo anterior, tenemos la fuerte convicción de que se debe considerar proporcionar una atención cuidadosa y metódica de índole multidisciplinaria (por ejemplo, incluyendo un hematólogo o un especialista en medicina vascular con experiencia en trombosis y hemostasia), y también se deben incluir recomendaciones razonables en el consenso de Velarde-Ruiz Velasco¹, no solo para la tromboprofilaxis, sino también para pacientes en tratamiento con ACOD para las indicaciones cardiovasculares clínicas mencionadas anteriormente. Diferentes sociedades médicas han publicado recientemente sus lineamientos de práctica clínica en los que incluyen sus propias recomendaciones para el manejo perioperatorio y periprocedimiento de diversas terapias antitrombóticas, incluidas la terapia con ACOD y la antiplaquetaria. Dichas recomendaciones aplican también para nuestra población con cirrosis hepática^{3,4}.

Una omisión importante en el consenso de Velarde-Ruiz Velasco et al. es la falta de recomendaciones detalladas

sobre el manejo de efectos adversos significativos de los anticoagulantes, incluidos los ACOD, como pueden ser eventos hemorrágicos que ponen en peligro la vida del paciente. Esto incluye saber *qué, cuándo, cuál y cómo*, al considerar las indicaciones clínicas potenciales para aplicar estrategias de reversión apropiadas en pacientes cirróticos que estén en tratamiento con ACOD. Por ejemplo, en una situación de sangrado intracraneal, o de sangrado gastrointestinal con choque hemorrágico de riesgo de muerte, o de necesidad de intervención quirúrgica de urgencia impostergable (por ejemplo, colecistitis aguda o apendicitis), ¿cómo es que los autores del consenso abordan estas desafiantes situaciones clínicas?, ¿considerarían agentes de reversión específicos o no específicos, como los concentrados de complejo de protrombina de 4 factores o el andexanet alfa⁵, ¿en qué circunstancias se debe considerar el uso de concentrados de complejo de protrombina de 4 factores en lugar de andexanet alfa, o viceversa?, ¿es necesario que a partir de un equipo multidisciplinario se tamice mejor, o se estratifique el estado basal de hipercoagulabilidad/protrombosis de alto riesgo de nuestros pacientes (por ejemplo, fibrilación auricular no valvular con puntuación > 7 de CHA₂DS₂-VASc score, o tromboembolismo venoso severo reciente en los últimos 90 días), antes de tomar decisiones tan difíciles? La *International Society on Thrombosis and Haemostasis* publicó recientemente un documento actualizado de guía para estrategias de reversión para ACOD⁵.

Finalmente, Velarde-Ruiz Velasco et al.¹ hicieron la recomendación de utilizar heparina de bajo peso molecular en lugar de heparina no fraccionada para la tromboprofilaxis. Estamos en desacuerdo con dicha recomendación, especialmente en escenarios clínicos en los que coexisten una enfermedad renal crónica (etapa 4 o 5 según la clasificación KDIGO, definida por una TFG < 30 ml/min × 1.73 m²) y cirrosis hepática avanzada (por ejemplo, clase c de Child-Pugh o puntuación MELD > 20). Además, son pocos los datos aleatorizados y prospectivos que hacen referencia a estas advertencias clínicamente relevantes^{6,7}. Nosotros preferimos la heparina no fraccionada debido a que se excreta por medio del sistema reticuloendotelial, incluido el hígado, y, por lo tanto, se evita la bioacumulación y la complicación de sangrado.