

K.L. Rodríguez-Peralta* y J.A. Santiago-Ferrer

Gastroenterología, Universidad Privada San Juan Bautista, Lima, Perú

* Autor para correspondencia. Universidad Privada San Juan Bautista, Lima, Perú.

Correo electrónico: luana040402@gmail.com

(K.L. Rodríguez-Peralta).

<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2023.03.002>

0375-0906/ © 2023 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/>).

Respuesta a Rodríguez-Peralta del artículo «Evaluación y manejo de emergencias en el paciente con cirrosis»



Response to Rodríguez-Peralta concerning the article "Evaluation and management of emergencies in the patient with cirrhosis"

Sr. Editor,

Agradecemos el interés de Rodríguez-Peralta y Santiago-Ferrer sobre las inquietudes respecto a nuestro artículo «Evaluación y manejo de emergencias en el paciente con cirrosis». En dicho artículo de revisión los autores nos trazamos el objetivo de analizar la literatura disponible acerca del manejo especial que requieren los pacientes con cirrosis hepática (CH) en el contexto de urgencias. En la metodología se seleccionaron los tópicos enfocados en el abordaje inicial del paciente con CH descompensada, respecto a la evaluación y manejo de urgencia, todo soportado por la información existente en español e inglés disponible entre los años 1980 y el primer trimestre de 2021.

Con lo anterior, en cuanto a la primera inquietud del manejo de la encefalopatía hepática (EH) con disacáridos no absorbibles, como lactulosa y lactitol, en nuestra revisión se cita que la dosis inicial de lactulosa recomendada por las principales asociaciones internacionales como la *American Association for the Study of Liver Diseases* (AASLD) y la *European Association for the Study of the Liver* (EASL) es de 25 ml (16,7g) cada 2 horas hasta lograr al menos 2 evacuaciones blandas, lo cual sería la meta para la corrección urgente de la EH, garantizando su adecuada administración a través de tubos enterales en pacientes cuyo estado neurológico los incapacite para una adecuada deglución o que requieran protección de la vía aérea¹. Basándonos en lo anterior, al especificar que en estos casos de EH grave se debe garantizar su adecuada administración con tubos enterales en quien su estado neurológico lo amerite, con lo cual al conocer nosotros la escala de gravedad de West Haven entendemos que en pacientes con EH grado III o IV, o con cualquier incapacidad para la vía oral, se recomienda que se utilice la administración de lactulosa mediante sonda nasogástrica. Estamos de acuerdo en que no hacemos referencia en nuestra publicación a la administración por vía enema

como opción terapéutica debido a la escasa evidencia de alta calidad y a que el procedimiento es poco práctico y efectivo en la práctica clínica real, donde además después de la publicación de Uribe et al.² en 1987 en este sentido no se ha generado más evidencia al respecto.

En relación con el comentario sobre los antibióticos no absorbibles, estamos de acuerdo con que el único aprobado actualmente por la *Food and Drug Administration* (FDA) es la rifaximina, y que su papel principalmente es como terapia adjunta a un disacárido no absorbible. La misma idea quedó plasmada en nuestro artículo, donde se especifica que su principal papel es como «terapia aditiva» a la lactulosa, con grado de evidencia I, A1, en las guías del 2014 de la AASLD y EASL³. Así mismo, hacen referencia al trabajo de Sharma et al., donde se recomienda la combinación lactulosa más rifaximina, ya que en comparación con lactulosa sola se alcanza una mayor resolución de EH en los pacientes con terapia combinada⁴. Cabe señalar que la fuente de dicha aseveración (artículo de Reinert et al.) es una «revisión de literatura» publicada en diciembre de 2021, cuando ya se había enviado nuestro manuscrito, pero además es importante señalar que la referencia original del trabajo de Sharma et al. (2013) concluye que la combinación de lactulosa más rifaximina es más eficaz que la lactulosa sola en el tratamiento de la EH manifiesta⁵, aseveración que no cambia lo expresado en nuestra publicación, donde se plasma una idea similar a la que proponen, citando nosotros adicionalmente una revisión sistemática y metaanálisis (que incluye el análisis de Sharma et al.) en donde comentamos que la terapia inicial combinada aumenta la eficacia clínica de manera significativa, con un número necesario a tratar de 5, así como una disminución de la mortalidad⁶.

En cuanto al comentario de adicionar L-ornitina, L-aspartato (LOLA) por vía intravenosa (IV) a pacientes que no responden a terapia convencional, estamos totalmente de acuerdo, por eso mismo en nuestro artículo se describe que puede ser utilizado por vía IV como alternativa o agente adicional en pacientes sin respuesta al tratamiento convencional, con estudios que demuestran mejoría en pruebas psicométricas y niveles de amonio en pacientes con EH persistente, incluso con mejoría en mortalidad en metaanálisis^{1,7}. Reconocemos que es interesante el artículo al que los autores hacen referencia, donde se demuestra que LOLA mejora el grado de EH, reduce el tiempo de recuperación y se asocia menor mortalidad; sin embargo, este trabajo fue publicado en el año 2022, cuando ya había sido publicada nuestra revisión.

Por último, es importante recordar, como mencionamos previamente, que el objetivo de nuestro trabajo fue ofrecer a los lectores una revisión de los aspectos fundamentales de la reanimación inicial de pacientes con CH críticamente

Véase contenido relacionado en DOI:
<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2023.03.002>

enfermos, con especial enfoque en la evaluación y manejo de emergencias, y no nos enfocamos exclusivamente en el manejo de la EH, ya que sabemos que existen guías clínicas específicas y extensas de cada complicación de la cirrosis.

Responsabilidades éticas

Los autores declaran haberse cumplido todas las responsabilidades éticas en cuanto a protección de datos, derecho a la privacidad y consentimiento informado.

No fue necesario la autorización del comité de ética de la institución ya que en ningún momento incumplen o violan normas de anonimato del paciente, ni se realiza algún procedimiento experimental que pusiere en riesgo la integridad del paciente.

Los autores declaran que este artículo no contiene información personal que permita identificar a los pacientes.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido ningún tipo de financiación para la elaboración del presente artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran la ausencia de potenciales conflictos de intereses.

Referencias

1. Velarde-Ruiz Velasco JA, García-Jiménez ES, Aldana-Ledesma JM, et al. Evaluación y manejo de emergencias en el paciente con cirrosis. *Rev Gastroenterol Mex.* 2022;87:198–215, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rgm.2021.11.002>.
2. Uribe M, Campollo O, Vargas F, et al. Acidifying enemas (lactitol and lactose) vs. nonacidifying enemas (tap water) to treat acute portal-systemic encephalopathy: A double-

- blind, randomized clinical trial. *Hepatology.* 1987;7:639–43, <http://dx.doi.org/10.1002/hep.1840070404>. PMID: 3301614.
3. Vilstrup H, Amodio P, Bajaj J, et al. Hepatic encephalopathy in chronic liver disease: 2014 Practice Guideline by the American Association for the Study of Liver Diseases and the European Association for the Study of the Liver. *Hepatology.* 2014;60:715–35, <http://dx.doi.org/10.1002/hep.27210>.
4. Reinert JP, Burnham K. Non-lactulose medication therapies for the management of hepatic encephalopathy: A literature review. *J Pharm Pract.* 2021;34:922–33, <http://dx.doi.org/10.1177/0897190020953024>.
5. Sharma BC, Sharma P, Lunia MK, et al. A randomized, double-blind, controlled trial comparing rifaximin plus lactulose with lactulose alone in treatment of overt hepatic encephalopathy. *Am J Gastroenterol.* 2013;108:1458–63, <http://dx.doi.org/10.1038/ajg.2013.219>.
6. Wang Z, Chu P, Wang W. Combination of rifaximin and lactulose improves clinical efficacy and mortality in patients with hepatic encephalopathy. *Drug Des Devel Ther.* 2018;13:1–11, <http://dx.doi.org/10.2147/DDDT.S172324>.
7. Goh ET, Stokes CS, Sidhu SS, et al. L-ornithine L-aspartate for prevention and treatment of hepatic encephalopathy in people with cirrhosis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;5:CD012410, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858>.

J.A. Velarde-Ruiz Velasco*

Servicio de Gastroenterología, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco, México

* Autor para correspondencia. Calle Mariano Bárcenas 1164, Colonia Miraflores, C.P 44260. Guadalajara, Jal. México. Teléfono: 3312228507.

Correo electrónico: velardemd@yahoo.com.mx

<https://doi.org/10.1016/j.rgm.2023.03.005>
0375-0906/ © 2023 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/>).

La ingestión de imanes no conoce fronteras: una amenaza para los niños latinoamericanos, aspectos no considerados en el estudio



Magnet ingestion knows no borders: A threat for Latin American children, aspects not considered in the study

Después de analizar el artículo «La ingestión de imanes no conoce fronteras: una amenaza para los niños latinoamericanos»¹, nos gustaría compartir ciertas observaciones al respecto.

Observamos que el título no es precisamente específico con respecto a los materiales y métodos empleados. El pre-

sente trabajo nos brinda una idea muy general, a partir de información limitada extraída de pocos países como para expresar un solo concepto de todo el continente. Nos parece que es muy ambicioso y comete un error al tratar de crear una idea general de Latinoamérica cuando hay aspectos que pudieron ser abordados con mayor profundidad, tales como: los especialistas consultados, el número de países, el nivel socioeconómico, entre otros criterios de inclusión que iremos detallando a continuación.

Con respecto al primer punto, podemos observar cómo se llega a un consenso a partir de las ideas y aportes de especialistas endoscopistas gastroenterólogos de diferentes países, pero nos parece que también debió incluirse la labor de los ecografistas, debido a que, en estos casos la mayoría son emergencias y no siempre se encuentra disponible un especialista, ya sea por el nivel del establecimiento de salud u otro factor. En cambio, una ecografía es un procedimiento mucho más accesible y rápido de utilizar; además no es un método invasivo como la endoscopia y puede ser más tolerable para un niño².

Véase contenido relacionado en DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rgm.2021.01.012>, <https://doi.org/10.1016/j.rgm.2023.03.004>