

Remita su carta a [expertos.siic@siic.salud.com](mailto:expertos.siic@siic.salud.com). El estilo de redacción puede consultarse en [www.siic.salud.com/instrucciones\\_sic\\_web.php](http://www.siic.salud.com/instrucciones_sic_web.php)

## Enfermedad Inflamatoria Intestinal

Sr. Editor:

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) puede ser una carga económica y social<sup>1</sup> para la salud pública debido al creciente número de casos y defunciones. Aunque la tasa de prevalencia estandarizada por edad ha aumentado con rapidez en los países recientemente industrializados, especialmente en Asia Oriental, la incidencia se ha estabilizado o incluso ha disminuido en los países occidentales, como los de América del Norte de altos ingresos. La prevalencia de EII en los países recientemente industrializados se ha informado la misma tendencia al alza que en países occidentales.<sup>2,3</sup>

La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y la enfermedad de Crohn (EC) son dos de las principales formas de la EII.<sup>4,5</sup> En México no existe información sistematizada para monitorizar la carga de la EII. Un estudio realizado en 2015, con la base de datos del Sistema Nacional de Salud codificados por la CIE-10: K50 y K51, estimaron la carga de enfermedad de la EII en México. Los resultados fueron 9953 casos de EC y 33 060 casos atendidos de CUCI (ICD-10: K50 y K51). La prevalencia para EC en hombres fue de 8.4, y de 8.1 para mujeres; para CUCI, fue de 27.7 para mujeres y de 26.9 para hombres. Los pacientes  $\geq 50$  años representaron el 35.1% del total. Los casos hospitalizados con EC fueron 1097 (0.91). Los pacientes  $\geq 50$  años representaron el 43.7% del total; por su parte, 5345 individuos tuvieron CUCI (4.42). Los enfermos  $\geq 50$  años representaron el 47.6% del total. Las defunciones fueron (tasa de muertes específicas): EC en mujeres 32 (0.52), en hombres 36 (0.50); CUCI en mujeres 267 (4.31), en hombres 186 (3.15).<sup>6</sup>

De acuerdo con resultados obtenidos de investigaciones realizadas con diferentes tipos de poblaciones y áreas geográficas, es claro que la EII presenta una tendencia al alza a nivel mundial. En América Latina, como una de las regiones con una tendencia al alza de casos, es importante seguir estudiando este tipo de enfermedades poco comunes y con característica de recaídas en los pacientes, cuya causa primordial sigue sin conocerse.

El estudio de Zhang *et al.*, se analizó una base de datos previa de 204 países en el período 1990-2019, con la finalidad de ampliar el conocimiento sobre cómo afecta la respuesta inmunológica intestinal en personas mayores de 50 años, y para investigar la asociación entre la EII y el índice sociodemográfico, dado que en los últimos años la incidencia ha disminuido en países occidentales de ingresos altos.

Se han estudiado tasas de prevalencia por grupo de edad y sexo, y aun con la elaboración de registros nacionales, falta incluir elementos de análisis para poder implementar una metodología que ayude a evaluar y monitorear la enfermedad en

el futuro. Esto evitaría a los pacientes tener que realizarse una cirugía o presentar complicaciones. Con respecto a la edad pediátrica, una revisión sistemática, informó incidencia elevada de EII en Europa y Norteamérica.<sup>7</sup>

En conclusión, investigar la epidemiología local permitirá comparar resultados y generar discusiones internacionales, con el claro objetivo de mejorar continuamente las medidas de diagnóstico temprano y los tratamientos oportunos para los pacientes.



Liliana Sarahí Salas Franco

Docente investigadora, Universidad Autónoma de Guerrero, Guerrero, México

\* <https://siic.info/dato/resiic.php/173027>

### Bibliografía

1. Fernández-Ávila DG, Dávila-Ruales V. Frecuencia de uso y costo del tratamiento biológico para enfermedad inflamatoria intestinal y artropatía asociada a enfermedad inflamatoria intestinal en Colombia durante el año 2019. *Revista de Gastroenterología de México*, 2023.
2. Bernstein CN, Shanahan F. Disorders of a modern lifestyle: reconciling the epidemiology of inflammatory bowel diseases. *Gut* 57:1185-1191, 2008.
3. Thia KT, Loftus Jr. EV, Sandborn WJ, Yang SK. An update on the epidemiology of inflammatory bowel disease in Asia. *Am J Gastroenterol* 103:3167-3182, 2008.
4. Ungaro R, Mehandru S, Allen PB, Peyrin-Biroulet L, Colombel JF. Ulcerative colitis. *Lancet* 389(10080):1756-1770, 2017.
5. Torres J, Mehandru S, Colombel JF, Peyrin-Biroulet L. Crohn's disease. *Lancet* 389(10080):1741-1755, 2017.
6. Yamamoto-Furusho JK, Bosques-Padilla FJ, Charúa-Guindic L, Cortés-Espinosa T, Miranda-Cordero RM, Saez A, Ledesma-Osorio Y. Epidemiología, carga de la enfermedad y tendencias de tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal en México. *Revista de Gastroenterología de México* 85(3):246-256, 2020.
7. Sýkora J, Pomahačová R, Kreslová M, Cvalinová D, Štych P, Schwarz J. Current global trends in the incidence of pediatric-onset inflammatory bowel disease. *World J Gastroenterol* 24(25):2741-2763, 2018.

## Terapia abreviada con dos antiagregantes plaquetarios

Sr. Editor:

La doble antiagregación plaquetaria (DAP) es el pilar del tratamiento estándar cuando se efectúa una angioplastia transluminal coronaria (ATC) con *stents* liberadores de fármacos, y cumple una función fundamental en la reducción de complicaciones o eventos; sin embargo, su talón de Aquiles está representado por el delgado equilibrio entre los riesgos hemorrágicos e isquémicos.<sup>1</sup> Debido al deterioro de la pared vascular (epitelización o cicatrización), se produce como consecuencia la trombosis del *stent* (TS). Los efectos beneficiosos de la DAP se contrarrestan con el riesgo de sangrado, complicación que tiene pronóstico desfavorable a corto y largo plazo; esto genera un desafío importante en la selección de las estrategias antiagregantes plaquetarias posteriores a la intervención coronaria;<sup>2,3</sup> para evitar dicha complicación, se han introducido en la práctica clínica diferentes alternativas al régimen estándar de la DAP con el objetivo de mejorar los resultados netos de seguridad y eficacia, evaluando en forma individual el riesgo isquémico, hemorrágico o ambos. En cuan-

to al riesgo de TS, el desarrollo de nuevos dispositivos ha disminuido la dependencia de la DAP por largos períodos, mediante plataformas más delgadas y la utilización de polímeros menos proinflamatorios o reabsorbibles, que permiten la endotelización más rápida del *stent*, lo cual disminuye el riesgo de TS por menor exposición al metal. Por tal motivo, sería innecesario extender la DAP más allá de los 3 meses, especialmente en pacientes con riesgo hemorrágico alto (RHA).<sup>4</sup> Debemos recordar que el beneficio de la DAP es doble, es decir, reduce el riesgo de TS y los eventos vinculados a nuevos accidentes de placa coronarios. Es por ello que, permanentemente, se investigan estrategias para reducir eventos hemorrágicos sin perder de vista la aparición de nuevos eventos isquémicos. Actualmente existen estrategias cuyo objetivo es disminuir el sangrado en pacientes con RHA y bajo riesgo isquémico y trombótico,<sup>5</sup> mediante la reducción del tiempo de la DAP y, luego, continuar con aspirina sola o monoterapia con P2Y12,<sup>6</sup> más aún en los pacientes a los que se les implanta un *stent*,<sup>7</sup> o bien disminuyendo la potencia con el desescalado del P2Y12.<sup>8</sup> El escenario clínico que plantea el artículo *Eficacia y Seguridad de la Terapia Abreviada con Dos Antiagregantes Plaquetarios después de la Intervención Coronaria Percutánea en Pacientes con Riesgo Alto de Sangrado\** es un paciente anticoagulado por indicación clínica específica, al que se le ofrece la alternativa del tratamiento de la DAP propuesta en el estudio *Management of High Bleeding Risk Patients Post Bioresorbable Polymer Coated Stent Implantation with an Abbreviated versus Standard DAPT Regimen* (MASTER DAPT). En esta investigación (multicéntrica, aleatorizada, abierta y de no inferioridad, con análisis secuencial de superioridad) el objetivo fue evaluar si, en individuos con RHA sometidos a una ATC con implante de *stents* biodegradables liberadores de fármacos (en este caso con sirolimus), la DAP durante un mes obtenía los mismos resultados que la DAP estándar. Se incluyeron pacientes que hubiesen tenido un infarto agudo de miocardio (IAM), con requerimiento previo de anticoagulantes orales en los últimos 12 meses; un mes después de haberseles implantado un *stent* coronario con polímero biodegradable con liberación de sirolimus, se los aleatorizó, en una proporción 1:1, en dos ramas: una con tratamiento con DAP abreviada, y otra con tratamiento estándar. Los asignados al tratamiento abreviado interrumpieron inmediatamente la DAP y continuaron la terapia antiagregante plaquetaria única (TAU) hasta la finalización del ensayo, a excepción de los pacientes que estaban recibiendo anticoagulación oral clínicamente indicada, los cuales continuaron la TAU hasta 6 meses después del procedimiento índice. Los sujetos asignados a tratamiento estándar continuaron con DAP durante al menos 5 meses adicionales (6 meses después del procedimiento índice), o aquellos