



Aspectos destacados de la Semana de la Enfermedad Digestiva

Mayo 18-21 de 2024
Washington, Estados Unidos



Metiom

Esomeprazol

Indicaciones:

Reflujo gastro-esofágico (ERGE), Úlcera gastroduodenal, Úlceras por AINE, Gastritis y estados de hiperacidez, Helicobacter Pylori, Síndrome Zollinger Ellison.

Presentaciones:

- 20mg x 30 Cápsulas
- 40mg x 30 Cápsulas
- Suspensión 10mg/15mL x 28 sobres
- 40mg x 1 ampolla inyectable



Metiom H. Pylori

Esomeprazol - Levofloxacina - Amoxicilina

10 y 14 días de tratamiento

Indicaciones:

Tratamiento de infección gástrica por Helicobacter Pylori

Presentaciones:

- 28 Cápsulas de Esomeprazol 40mg + 14 Comprimidos de Levofloxacina 500mg + 56 Cápsulas de Amoxicilina 500mg



Gastroflux

Domperidona

Indicaciones:

Reflujo gastro-esofágico, regurgitación crónica postprandial, dispepsia, náusea y vómito, gastroparesia diabética

Presentaciones:

- 10mg x 30 Comprimidos
- 1mg/mL x 100mL + Jeringa dosificadora



PeglaX

Polietilenglicol

Indicaciones:

Constipación crónica ocasional y preparación intestinal

Presentaciones:

- Caja con 10 sachet de 17 gramos
- Frasco de 300 gramos polvo para solución oral



Colica

Bromuro de Otilonio

Indicaciones:

Para el tratamiento de estados espásticos y discinesias gastrointestinales en adultos

Presentaciones:

- 40mg x 30 Comprimidos recubiertos
- 40mg x 100 Comprimidos recubiertos



Dorcol Forte

Clonixinato de Lisina + Propinoxato Clorhidrato

Indicaciones:

Espasmolítico con propiedad analgésica, indicado en el tratamiento para alivio del dolor de origen gastrointestinal, vías biliares y genitourinarias

Presentaciones:

- 125mg + 10mg x 20 comprimidos recubiertos
- 125mg + 10mg x 200 comprimidos recubiertos



Sucralgastric

Sucralfato 1g/5mL

Indicaciones:

Adultos adolescentes mayores de 14 años para el tratamiento de la Úlcera duodenal, úlcera gástrica, gastritis crónica y para la profilaxis de la hemorragia gastrointestinal por estrés

Presentaciones:

- 1g/5mL x 1 frasco de 200mL

1

Inteligencia artificial para la detección de la neoplasia colorrectal: resultados de un metanálisis

Dr. Harsh Patel – Centro Médico de la Universidad de Kansas, Estados Unidos

Los autores llevaron a cabo un metanálisis de todos los estudios aleatorizados y no aleatorizados que han comparado la colonoscopia estándar con la colonoscopia asistida por inteligencia artificial (IA) para la detección de neoplasias colorrectales. Se incluyeron en total 33 estudios que mostraron que el uso de la inteligencia ar-

tificial mejoró la tasa de detección de adenomas, pero no la tasa de detección de adenomas avanzados (figura 1). La colonoscopia asistida por IA también mejoró el número promedio de adenomas por colonoscopia, pero se asoció con un mayor riesgo de remoción de lesiones no neoplásicas.

Figura 1. Tasa de detección de adenomas y adenomas avanzados con la colonoscopia estándar o asistida por inteligencia artificial



Conclusiones

Los autores concluyeron que **este metanálisis muestra que la IA es benéfica en términos de mejoría de la tasa de detección de adenomas y el número promedio de adenomas por colonoscopia, pero aumenta la remoción de lesiones no neoplásicas.**



2

Eficacia y seguridad de las estrategias de preparación intestinal en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) sometidos a colonoscopia: resultados de un metanálisis

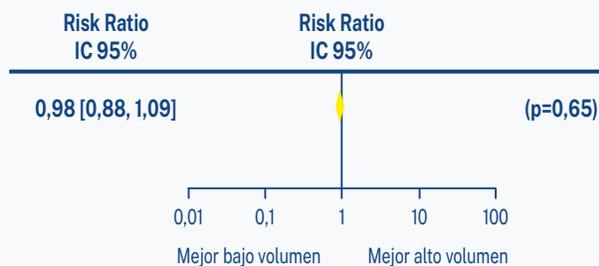
Dra. Vassiliki Sinopoulou – Universidad Central de Lancashire, Reino Unido

Este metanálisis de 10 estudios aleatorizados y controlados evaluó la eficacia, seguridad y tolerabilidad de diversos métodos de preparación intestinal en pacientes con EII sometidos a colonoscopia. La evidencia de alta certeza, proveniente de dos estudios clínicos, mostró que no hubo diferencia en términos de éxito entre las preparaciones de alto y bajo volumen (4 L vs.

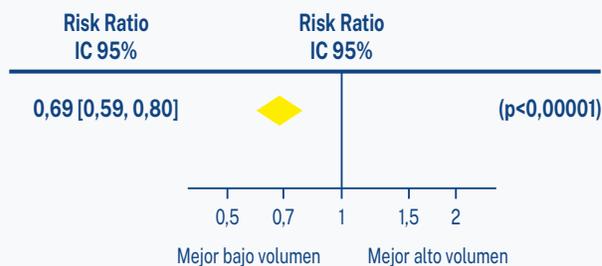
2 L) de polietilenglicol (PEG), pero la disposición para repetir la preparación favoreció a las preparaciones de bajo volumen (**figura 2**). El éxito de la preparación fue similar cuando se compararon las preparaciones de bajo volumen con PEG + aditivos vs. las preparaciones de bajo volumen sin PEG, pero la evidencia fue de baja certeza.

Figura 2. Éxito de la preparación y disposición para repetir en pacientes con EII sometidos a colonoscopia con preparaciones de PEG de alto o bajo volumen

Éxito de la preparación



Disposición para repetir



Conclusiones

Los autores concluyeron que **la evidencia de alta certeza soporta el uso de preparaciones de PEG de bajo volumen para la colonoscopia en los pacientes con EII.**

3

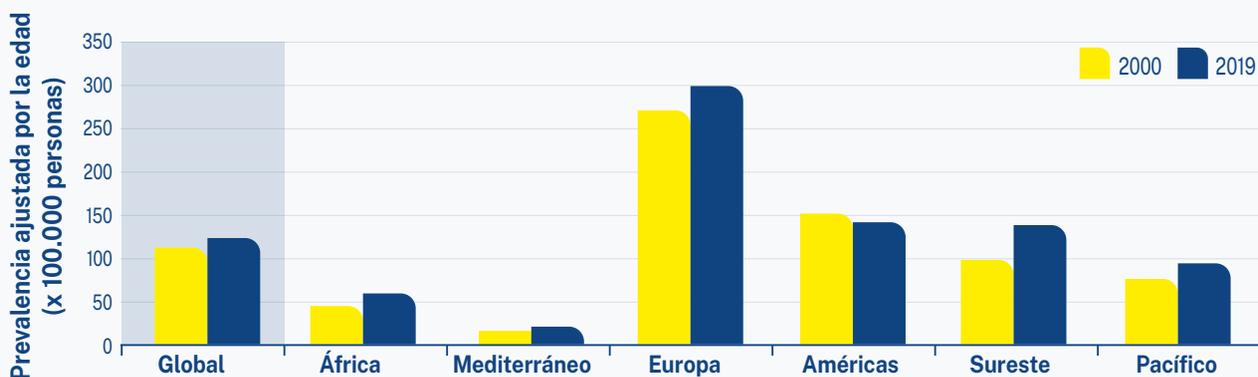
Carga global de la cirrosis y el cáncer asociados con el alcohol en adultos jóvenes

Dr. Christen Ong – Universidad Nacional de Singapur

El objetivo de este estudio fue evaluar las tendencias de la cirrosis y el cáncer asociados con el consumo de alcohol en pacientes jóvenes (15-49 años), usando los datos del estudio de la Carga Global de Enfermedad (GBD, por sus iniciales en inglés) de 2019. Los resultados mostraron que en 2019 hubo 4,8 millones de casos y 78.061 muertes por cirrosis asociada al consumo de alcohol en individuos de 15-49 años. La

tasa de prevalencia de la cirrosis asociada al consumo de alcohol, estandarizada por la edad, fue de 122,71 x 100.000 personas a nivel mundial y aumentó en las últimas dos décadas en casi todas las regiones geográficas (**figura 3**). No obstante, la tasa de muerte por cirrosis asociada al consumo de alcohol en esta población disminuyó en la mayoría de las regiones geográficas, excepto en Europa.

Figura 3. Cambio en la tasa de prevalencia de la cirrosis asociada al consumo de alcohol en pacientes jóvenes entre 2000 y 2019 a nivel global y por región geográfica



Conclusiones

Los autores concluyeron que **la carga creciente de cáncer y cirrosis asociada al consumo de alcohol en los jóvenes es una tendencia preocupante, por lo que se requiere una estrategia integral para abordar el consumo de alcohol y mitigar esta tendencia.**

4

La Escala PEACE: validación internacional de una nueva escala para evaluar la limpieza de la mucosa y mejorar la calidad de la endoscopia digestiva alta

Dr. Marcin Romanczyk – Universidad Médica de Silesia, Katowice, Polonia

La escala PEACE, recientemente creada para evaluar la limpieza del tracto gastrointestinal en un rango de 0-3

(**tabla 1**) ha demostrado utilidad para la detección de patologías clínicamente significativas en la endoscopia



digestiva alta. Este estudio buscó validar internacionalmente la escala por parte de un grupo de 16 expertos de diversas regiones geográficas que examinaron 39 videos de los tres segmentos (esófago, estómago y duodeno)

después de un corto entrenamiento en la escala. Los resultados mostraron una buena concordancia de los puntajes PEACE (0,82; IC 95% 0,75-0,89) y de la identificación de la limpieza inadecuada (0,75; IC 95% 0,65-0,85).

Tabla 1. La escala PEACE

0	Cantidad sustancial de contenido líquido o espumoso que obstruye completamente la evaluación de la mucosa
1	Cantidad sustancial de contenido líquido, espumoso o sólido que no permite la evaluación de algunas partes de la mucosa
2	Pequeña cantidad de contenido líquido, espumoso o sólido que permite la inspección de la mayoría de la mucosa
3	Mucosa limpia o pequeña cantidad de líquido transparente que no impide la inspección de la mucosa

0-1 = preparación inadecuada

2-3 = preparación adecuada

Conclusiones

Los autores concluyeron que **la evaluación de la limpieza del tracto gastrointestinal alto usando la escala PEACE tiene una elevada concordancia y que esta escala permite la implementación de un método simple y uniforme para evaluar y documentar la limpieza durante la endoscopia digestiva alta en la práctica clínica.**

5

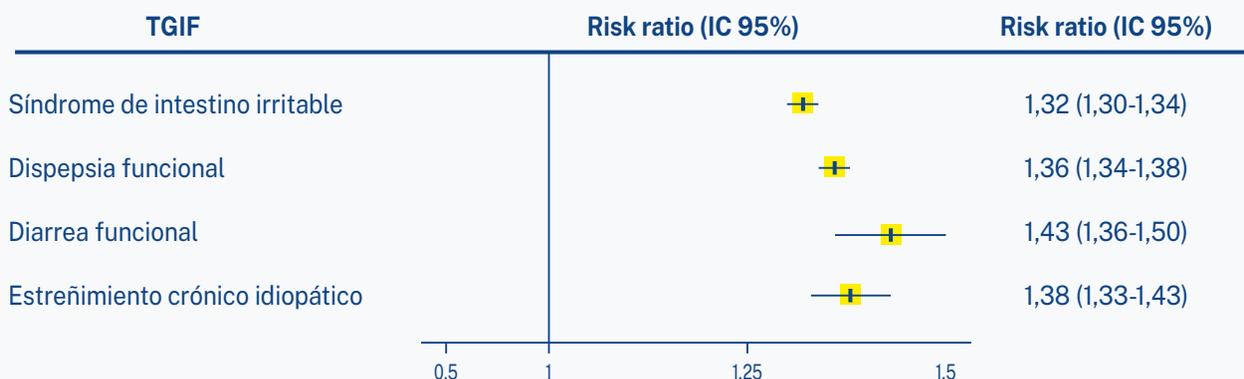
La obesidad se asocia con un mayor riesgo de trastornos gastrointestinales funcionales

Dr. Soban Maan – Universidad de Virginia Occidental, Estados Unidos

Este estudio retrospectivo de cohortes evaluó el riesgo de varios trastornos gastrointestinales funcionales (TGIF), usando los datos de más de 6 millones de pacientes incluidos en una base de datos de los Estados Unidos y seguidos durante 10 años. Se usó una técnica de emparejamiento por puntaje de propensión que dejó un total

de 2.554.212 de pacientes en cada grupo (obesos vs. no obesos) para el análisis ajustado. Los resultados mostraron tasas significativamente mayores de diagnóstico de síndrome de intestino irritable, dispepsia funcional, diarrea funcional y estreñimiento idiopático en los individuos obesos en comparación con los no obesos (**figura 4**).

Figura 4. Riesgo de TGIF en pacientes obesos vs. no obesos



Conclusiones

Los autores concluyeron que **este, el estudio más grande del tema hasta la fecha, mostró que la obesidad se asocia con un riesgo aumentado de TGIF, lo que enfatiza la necesidad de incorporar la reducción de peso en el manejo de los TGIF en los pacientes obesos.**

6

Aplicación práctica del puntaje COuGH RefluX en pacientes con síntomas laríngeos para predecir la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y la respuesta a los inhibidores de la bomba de protones (IBP)

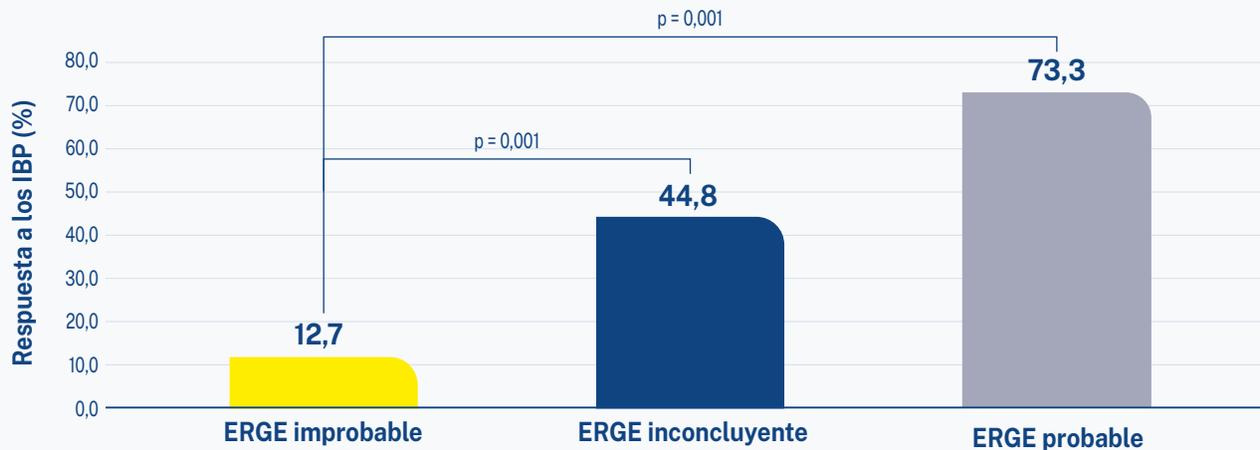
Dr. Ming-Wun Wong – Universidad Tzu Chi, Hualien, Taiwán

El puntaje COuGH RefluX, basado en la presencia de tos, sobrepeso/obesidad, globus faríngeo, hernia hiatal, regurgitación y sexo masculino, es una herramienta validada para predecir la probabilidad de ERGE en pacientes con síntomas laríngeos. Este estudio evaluó la utilidad práctica de este puntaje para predecir la ERGE y la respuesta a los IBP en 175 pacientes con síntomas laríngeos de más de tres meses de evolución y endoscopia negativa. La posibilidad de ERGE, según el puntaje COuGH RefluX se clasificó como improbable ($\leq 2,5$),

inconcluyente (3,0-4,5) y probable (≥ 5). Los resultados mostraron que la tasa de ERGE confirmada según un tiempo de exposición al ácido $\geq 6\%$ en el monitoreo de 24 horas (criterios de Lyon 2.0) fue mayor en el grupo con ERGE probable que en los grupos con ERGE improbable o inconcluyente (26,7% vs. 2,9% vs. 13,8%, respectivamente). Igualmente, la tasa de respuesta a los IBP fue significativamente mayor en el grupo con ERGE probable en comparación con los demás grupos (**figura 5**).



Figura 5. Respuesta a los IBP en pacientes con síntomas laríngeos según la probabilidad de ERGE determinada mediante el puntaje COuGH RefluX



Conclusiones

Los autores concluyeron que **el puntaje COuGH RefluX es una herramienta valiosa para guiar el diagnóstico y el manejo de los pacientes con síntomas laríngeos.**

7

Intervenciones bariátricas quirúrgicas vs. endoscópicas en adultos con IMC de 30-45 kg/m²: resultados de un metanálisis en red

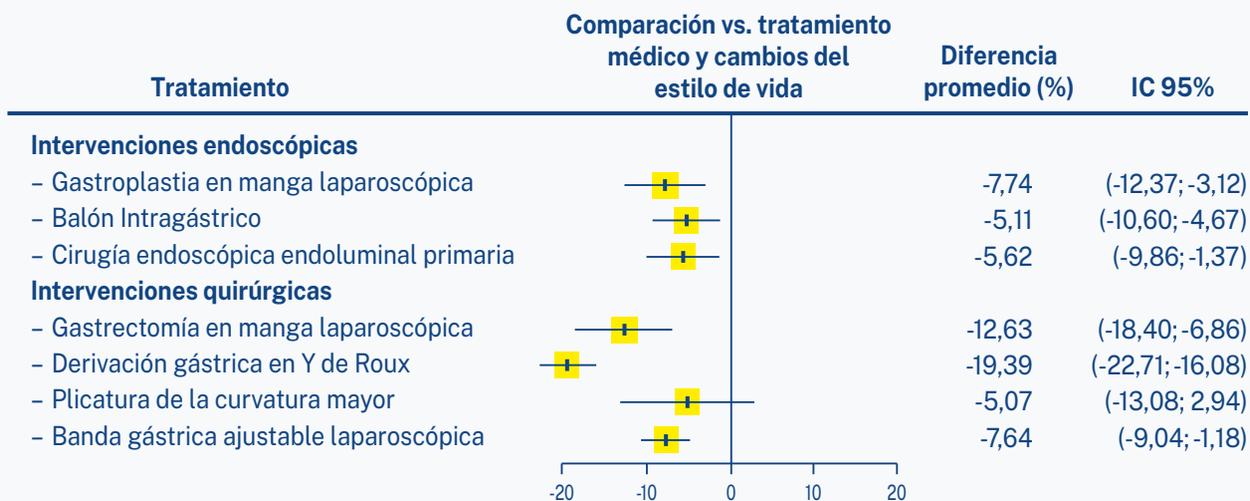
Dra. Jena Velji-Ibrahim – Prisma Health, Carolina del Sur, Estados Unidos

La cirugía bariátrica es eficaz para manejar la obesidad, pero se asocia con riesgo de mortalidad perioperatoria y eventos adversos a largo plazo. Este metanálisis en red de 16 estudios aleatorizados y controlados investigó la eficacia y la seguridad de las intervenciones bariátricas quirúrgicas (derivación gástrica en Y de Roux, gastrectomía laparoscópica en manga, plicatura de la curvatura mayor, banda gástrica laparoscópica ajustable) y endoscópicas (gastroplastia endoscópica en manga, cirugía

endoscópica endoluminal primaria, balón intragástrico). Todas las intervenciones se asociaron con pérdida de peso, siendo la más eficaz la Y de Roux y la menos eficaz la plicatura de la curvatura mayor (**figura 6**). Las intervenciones endoscópicas produjeron una pérdida de peso de 5,1%-7,7% y tuvieron un mejor perfil de seguridad que las intervenciones quirúrgicas, sin aumento del riesgo de muerte o necesidad de cuidado intensivo/cirugía en comparación con el manejo con cambios del estilo de vida.

Aspectos destacados de la Semana de la Enfermedad Digestiva

Figura 6. Porcentaje de peso perdido con las diferentes intervenciones bariátricas quirúrgicas y endoscópicas



Conclusiones

Los autores concluyeron que **este metanálisis confirma la eficacia y la seguridad de las intervenciones endoscópicas para el manejo de la obesidad, por lo que pueden ser una opción para los pacientes obesos que no pueden o no desean someterse a intervenciones quirúrgicas.**

8

Efecto del tratamiento crónico con domperidona en pacientes con gastroparesia

Dr. Henry Parkman – Escuela de Medicina de la Universidad de Temple, Filadelfia, Estados Unidos

Este estudio evaluó los efectos del tratamiento crónico con domperidona en 257 pacientes con gastroparesia seguidos durante un promedio de 6,1 años y con una dosis promedio de 39 ± 20 mg/día.

Resultados

2,2 ± 0,9

Mejoría de la escala CPGAS (mejoría moderada)

63%

Mejoría de las náuseas

19%

Mejoría de la saciedad temprana y la plenitud gástrica

13%

Mejoría del dolor abdominal

Eventos adversos más frecuentes

6,3%

Dolor/ secreción mamaria

1,1%

Diarrea

1,1%

Dolor torácico

0,9%

Cefalea



Conclusiones

Los autores concluyeron que **domperidona puede usarse como medicamento efectivo en los pacientes con síntomas de gastroparesia, particularmente náuseas y vómitos, con monitoreo regular de los efectos colaterales.**



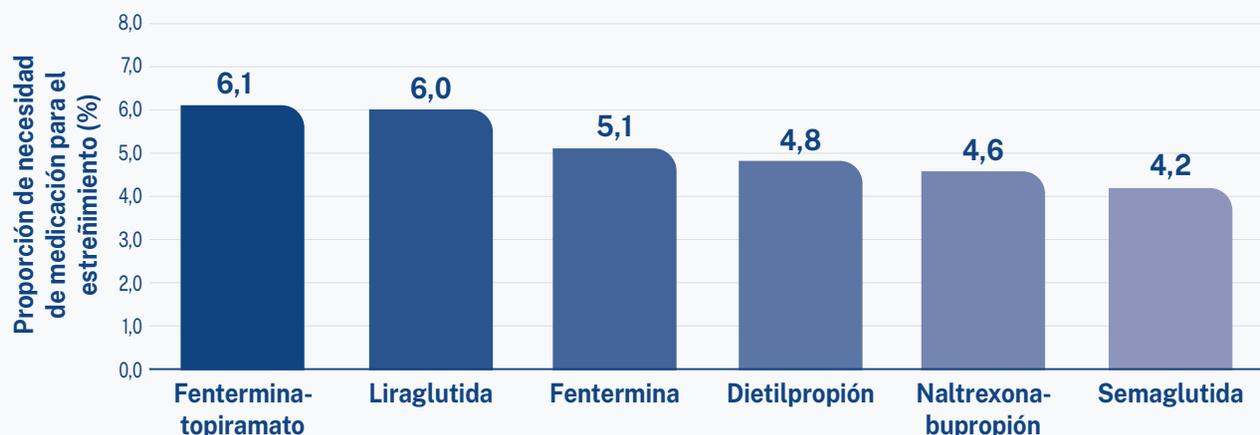
Riesgo de estreñimiento con los medicamentos contra la obesidad

Dr. Thomas Mathews – Centro Médico de la Universidad de Kansas, Estados Unidos

El estreñimiento es un efecto colateral conocido de los medicamentos contra la obesidad, particularmente de los agonistas de GLP-1. Este estudio retrospectivo, llevado a cabo en 10.616 pacientes obesos que recibieron medicamentos contra la obesidad en un periodo de 5 años, evaluó la proporción de pacientes que desarrollaron estreñimiento inducido por dichos medicamentos.

Los resultados mostraron que 5,1% de los pacientes desarrollaron estreñimiento en el primer año de tratamiento y que 77,5% de ellos requirieron tratamiento para el estreñimiento. La **figura 7** muestra la proporción de pacientes que requirieron tratamiento para el estreñimiento según el medicamento usado. Los pacientes de raza negra tuvieron la mayor tasa de estreñimiento.

Figura 7. Proporción de pacientes tratados con medicamentos contra la obesidad que requieren tratamiento para el estreñimiento



Conclusiones

Los autores concluyeron que **en los pacientes tratados con medicamentos contra la obesidad, liraglutida y fentermina-topiramato producen las mayores tasas de estreñimiento y que es crítico que el gastroenterólogo conozca los efectos colaterales de estos medicamentos para manejar y aconsejar a los pacientes.**

10

Patrones de tratamiento de la esofagitis erosiva (EE) en la práctica real

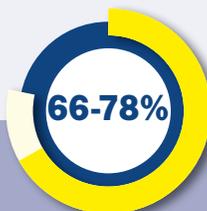
Dr. Dhyanesh Patel – Centro Médico de la Universidad Vanderbilt, Hermitage, Estados Unidos

Aproximadamente 30% de los pacientes con ERGE sufren EE. Este estudio evaluó la variación de los patrones de tratamiento con IBP en 281.087 pacientes con EE recién diagnosticada en un periodo de 4 años, usando una base de datos grande de los Estados Unidos.

Resultados



No recibieron un régimen de IBP



de las líneas de tratamiento terminaron por interrupción del medicamento



de los pacientes tratados con un IBP en la primera línea lo continuaron por menos de 60 días

Hubo altas tasas de cambio del IBP.

Conclusiones

Los autores concluyeron que:

- **A pesar de las recomendaciones de las guías, muchos pacientes con EE no reciben ni mantienen el tratamiento continuo con IBP.**
- **Hay una alta tasa de cambio entre diferentes IBP, lo que no se recomienda y es inadecuado para el tratamiento de la EE.**

11

Colonoscopia incompleta: prevalencia y factores de riesgo

Dr. Po-Hong Liu – Centro Médico de la Universidad del Suroeste de Texas, Estados Unidos

Este estudio retrospectivo examinó la prevalencia y los factores de riesgo para la colonoscopia incompleta, un evento que reduce la eficacia de la tamización del cáncer colorrectal, usando los datos de 485.990 pacientes sometidos a colonoscopia en un periodo de 4 años. Los

resultados mostraron que 12,2% de las colonoscopias fueron incompletas y que en la gran mayoría de los casos esto se debió a preparación intestinal inadecuada (**figura 8**). Los principales factores de riesgo para la colonoscopia incompleta debida a preparación intestinal inadecua-

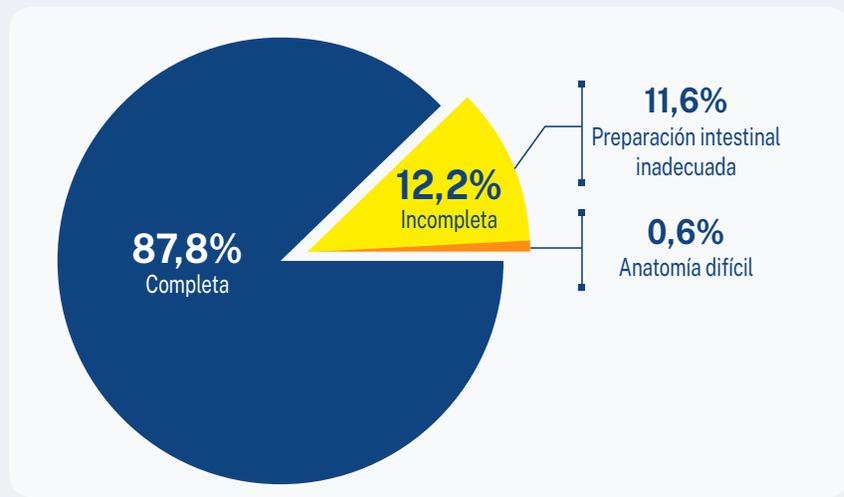


da fueron la obesidad, la raza negra y el sexo masculino. A pesar de las recomendaciones de las guías, solo 18% de los pacientes con colonoscopia incompleta fueron evaluados nuevamente en los 12 meses siguientes.

Conclusiones

Los autores concluyeron que **12,2% de las colonoscopias efectuadas en un periodo de 4 años fueron incompletas, debido a preparación intestinal inadecuada en la gran mayoría de los casos (11,6%).**

Figura 8. Prevalencia y causas de la colonoscopia incompleta



12

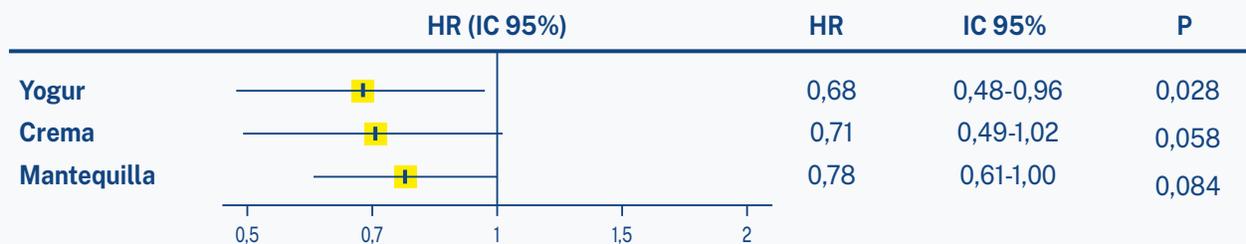
Consumo de lácteos y riesgo de EII en hombres y mujeres

Dra. Alexa Sasson – Universidad de Toronto, Canadá

Este estudio examinó la asociación entre el consumo de lácteos y el riesgo de EII, usando los datos de 197.765 individuos incluidos en tres bases de datos grandes de los Estados Unidos. Los resultados mostraron una aso-

ciación inversa entre el consumo de lácteos, particularmente yogur, y el riesgo de colitis ulcerativa (**figura 9**), pero no se detectó asociación entre el consumo de lácteos y el riesgo de enfermedad de Crohn.

Figura 9. Asociación entre el consumo de lácteos y el riesgo de EII



Conclusiones

Los autores concluyeron que **hay una asociación inversa entre el consumo diario de lácteos, particularmente el yogur, y el riesgo de colitis ulcerativa.**

13

Actualización en preparación intestinal

Dra. Jennifer Weissn – Escuela de Medicina de la Universidad de Wisconsin, Estados Unidos

La preparación intestinal adecuada es compleja y crítica para efectuar una colonoscopia de alta calidad. Para mejorar el cumplimiento del paciente es preferible una dieta de bajo residuo, que ha demostrado en varios estudios que no es inferior a una dieta líquida. Además, diversos estudios y metanálisis han mostrado que las preparaciones con PEG de bajo volumen (2L) no son inferiores a las de alto volumen (4L) pero son mejor toleradas, por lo que pueden mejorar el cumplimiento del paciente, produciendo el mismo grado de limpieza intestinal. Algunos factores de riesgo para una prepa-

ración intestinal inadecuada son estreñimiento crónico, medicamentos que reducen la motilidad (ej. opioides), obesidad, diabetes y bajo nivel educativo o socioeconómico. Es importante considerar el tipo de preparación según las comorbilidades del paciente (**tabla 2**). Para los pacientes que reciben agonistas de GLP-1 las recomendaciones difieren, ya que la Sociedad Americana de Anestesiólogos recomienda suspender el medicamento antes del procedimiento, mientras que la Asociación Americana de Gastroenterología considera que no hay evidencia suficiente para recomendar la interrupción.

Tabla 2. Consideraciones para el tipo de preparación intestinal

PEG	<ul style="list-style-type: none">• Preferido en EII, cirrosis e insuficiencia cardiaca• Contraindicado en obstrucción gastrointestinal o íleo
Fosfato de sodio en tabletas	<ul style="list-style-type: none">• Efectivo en pacientes con constipación crónica por lo demás sanos• Puede causar falla renal en pacientes con enfermedad renal crónica o que reciban IECA o AINE crónicos
Picosulfato de sodio, citrato de magnesio y ácido cítrico anhidro	<ul style="list-style-type: none">• Adecuados para pacientes que requieren preparaciones de bajo volumen, ej. pacientes de cirugía bariátrica• Contraindicados en presencia de insuficiencia cardiaca, hipermagnesemia o enfermedad renal aguda o crónica
Sulfato de sodio	<ul style="list-style-type: none">• Alternativa al fosfato de sodio• Evitar en pacientes con gota, puede elevar el ácido úrico
Sulfato de sodio, sulfato de magnesio y cloruro de potasio en tabletas	<ul style="list-style-type: none">• Buena alternativa en pacientes con problemas gustativos• Pueden causar deshidratación y falla renal

Conclusiones

Los autores concluyeron que **personalizar la preparación intestinal puede ayudar a mejorar la adherencia del paciente, reducir las cancelaciones del procedimiento y disminuir los costos.**



14

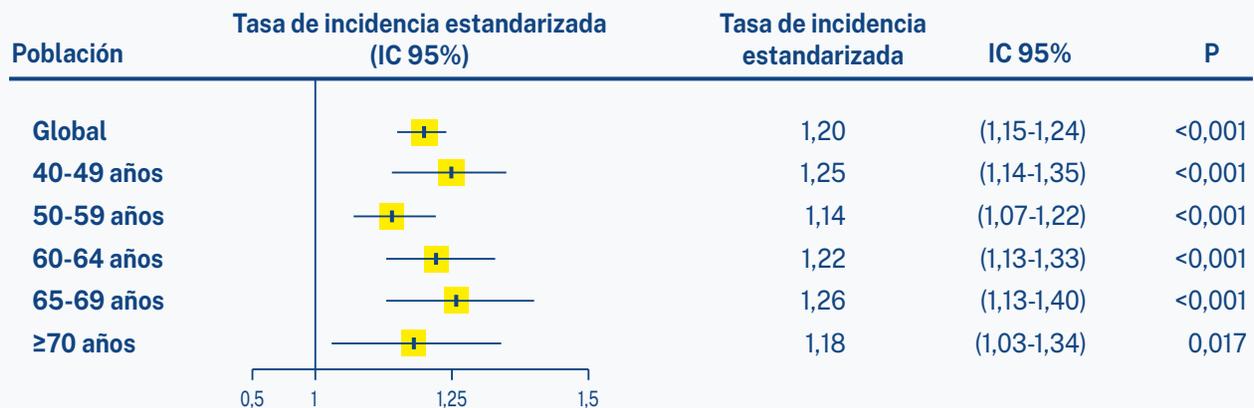
Erradicación del *Helicobacter pylori* y riesgo de cáncer en pacientes con úlcera gástrica

Dr. Seokho Myeong – Hospital de las Fuerzas Armadas de Yangju, Corea

La erradicación del *H. pylori* reduce el riesgo de cáncer gástrico en la población general, pero no es claro si también reduce el riesgo en pacientes con úlcera gástrica. Este estudio retrospectivo examinó la incidencia de cáncer gástrico después del tratamiento con *H. pylori* en 166.260 pacientes mayores de 40 años con úlcera gástrica que fueron tratados durante un periodo

de 4 años y seguidos hasta por 14 años. Los resultados mostraron que 1,58% de los pacientes desarrollaron cáncer gástrico, para una incidencia global de 173.4 x 100.000 años-persona. Los pacientes con úlcera gástrica tuvieron una incidencia significativamente mayor de cáncer gástrico en comparación con la población general (**figura 10**).

Figura 10. Incidencia acumulada de cáncer gástrico en pacientes con úlcera gástrica que recibieron tratamiento para la erradicación del *H. pylori* en comparación con la población general



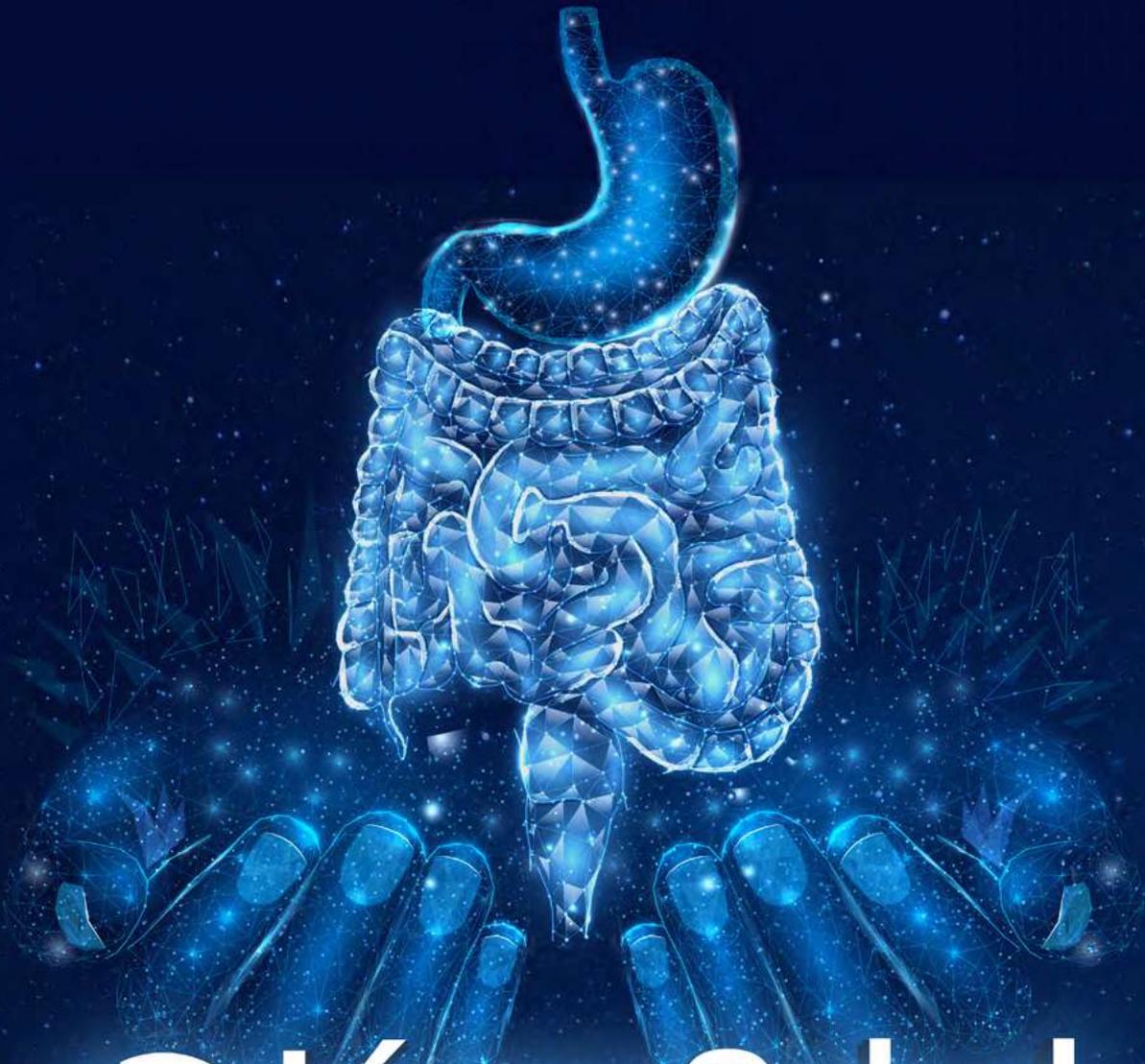
Conclusiones

Los autores concluyeron que **la incidencia de cáncer gástrico en los pacientes con úlcera gástrica tratados para erradicar el *H. pylori* es 20% mayor que en la población general, por lo que requieren evaluación regular después de la erradicación del *H. pylori*.**



Hable con nosotros

<https://callto.eurofarma.com.br:5001/callus> cliente.gt@eurofarma.com



Línea Salud Digestiva

 **eurofarma**
tu vida mueve la nuestra



Hable con nosotros

 <https://callto.eurofarma.com.br:5001/callus>  cliente.gt@eurofarma.com

*Para uso exclusivo del profesional médico.
GASTRO2024JULIOHIGHLIGHTSNORTE