



Aspectos destacados de la Semana de la Enfermedad Digestiva

Mayo 3-6 de 2025

San Diego, California, Estados Unidos



Metiom

Esomeprazol



Indicaciones:

Reflujo gastro-esofágico (ERGE), Úlcera gastro-duodenal, 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

Referencias: 1. Monografía Clínico – Farmacológica METIOM Cápsulas 2. Monografía Clínico – Farmacológica METIOM 10mg/15mL Microgránulos gastrorresistentes para suspensión oral 3. Monografía Clínico – Farmacológica METIOM H PYLORI Cápsula / Comprimido 4. Monografía Clínico – Farmacológica METIOM 40mg Polvo Liofilizado para Solución Inyectable 5. Monografía Clínico – Farmacológica GASTROFLUX 10 mg Comprimido.



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



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

*Para uso exclusivo del profesional médico.

Referencias: 6. Monografía Clínica – Farmacológica COLICA 40 MG Comprimidos Recubiertos. 7. Monografía Clínico – Farmacológica PEGLAX 3350® Polvo para solución oral

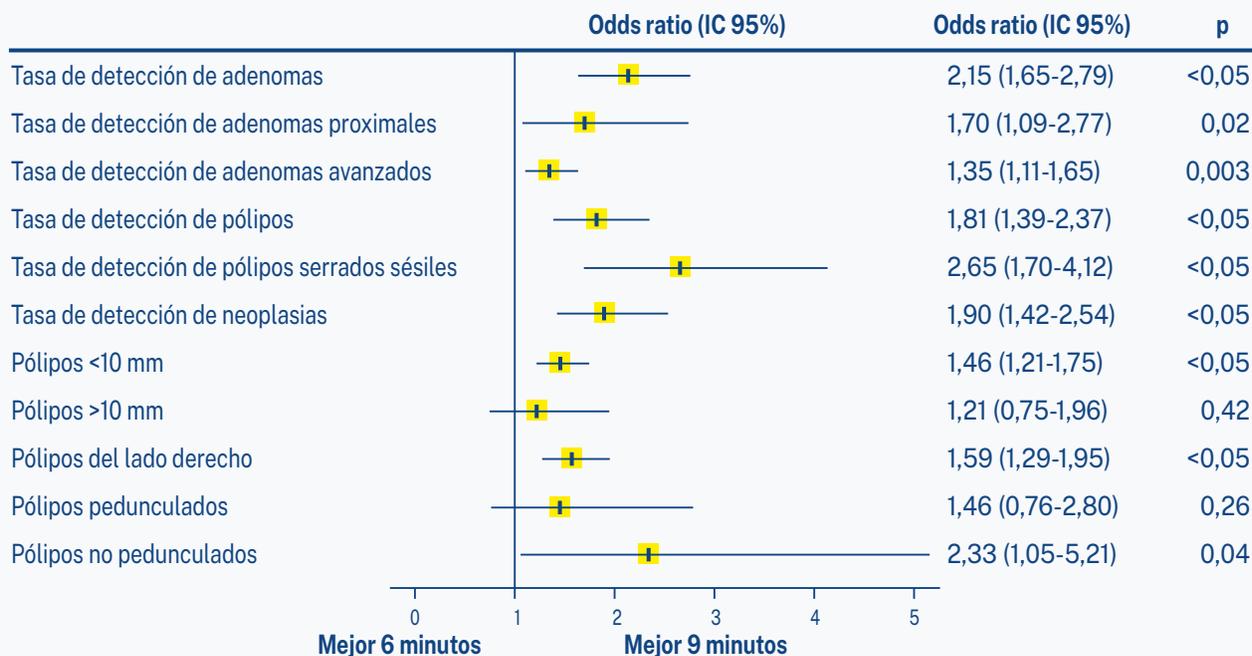
1

Impacto de prolongar el tiempo de retiro de la colonoscopia de 6 a 9 minutos: resultados de un metanálisis

Dr. Shahryar Khan – Sistema de Salud de la Universidad de Kansas, Estados Unidos

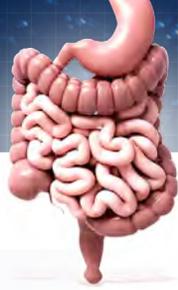
Este metanálisis de 17 estudios que incluyeron 55.073 pacientes comparó la calidad de la colonoscopia cuando se extiende el tiempo de retiro de 6 a 9 minutos. Los resultados mostraron que extender el retiro a 9 minutos incrementa significativamente las tasas de detección de adenomas y pólipos (**figura 1**).

Figura 1. Tasas de detección en la colonoscopia al extender el tiempo de retiro de 6 a 9 minutos



Conclusiones

Los autores concluyeron que **este metanálisis sugiere que prolongar el tiempo de retiro de la colonoscopia de 6 a 9 minutos se asocia con mejoría de la tasa de detección de adenomas, principalmente de aquellos pequeños, no pedunculados y del lado derecho, por lo que un tiempo de retiro de 9 minutos puede considerarse una medida de mayor calidad.**



2

Desempeño de tres pruebas de monitoreo para seleccionar a los pacientes con reflujo gastroesofágico para cirugía

Dr. Marco Sozzi – Policlínico San Donato, San Donato Milanese, Italia

Este estudio evaluó el desempeño de tres pruebas de monitoreo (tiempo de exposición al ácido, puntaje de DeMeester y el nuevo puntaje de Phoenix) para predecir los desenlaces clínicos en 668 pacientes con reflujo gastroesofágico seleccionados para cirugía. Se consideró como positivo (patológico) un tiempo de exposición al ácido >6%, un puntaje de DeMeester >14,72 y un puntaje de Phoenix >8,45. La reducción $\geq 50\%$ en los síntomas globales, usando la escala de

síntomas esofágicos, se definió como un buen desenlace de la cirugía. Los resultados mostraron que la tasa de buen desenlace de la cirugía fue similar cuando las tres pruebas fueron positivas (**figura 2**). Se observó una fuerte correlación entre las tres pruebas de monitoreo. Cuando el tiempo de exposición al ácido fue patológico, los puntajes de DeMeester y de Phoenix fueron positivos en 98,9% y 99,3% de los casos, respectivamente.

Figura 2. Tasa de buen desenlace de la cirugía antirreflujo según la positividad de tres pruebas de monitoreo



Conclusiones

Los autores concluyeron que **el nuevo puntaje de Phoenix se correlaciona fuertemente con el tiempo de exposición al ácido y el puntaje de DeMeester y muestra una capacidad comparable para predecir un buen resultado después de la cirugía antirreflujo, por lo que puede usarse para seleccionar a los pacientes para cirugía.**

3

Erradicación del *H. pylori* usando terapia triple con esomeprazol, amoxicilina y levofloxacina y reforzamiento con nitazoxanida

Dr. O. Gutiérrez – Clínica Reina Sofía, Bogotá, Colombia

El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia de la terapia triple con esomeprazol, amoxicilina y levofloxacina cuando se administró durante 14 días sola o acompañada por un reforzamiento con nitazoxanida en los últimos tres días en 177 pacientes con infec-

ción por *H. pylori* confirmada histológicamente. Los resultados mostraron que la tasa de erradicación del *H. pylori*, evaluada mediante prueba de urea un mes después del tratamiento, fue superior en el grupo que recibió reforzamiento con nitazoxanida (figura 3).

Figura 3. Tasa de erradicación del *H. pylori* en pacientes tratados con terapia triple con esomeprazol, amoxicilina y levofloxacina, sola o acompañada por un reforzamiento con nitazoxanida.



Conclusiones

Los autores concluyeron que el reforzamiento con nitazoxanida en los últimos tres días puede aumentar la eficacia de la terapia triple con esomeprazol + amoxicilina + levofloxacina. Los autores resaltaron la importancia de buscar esquemas de erradicación que funcionen localmente.

4

Impacto de implementar la inteligencia artificial en la colonoscopia en la práctica real

Dra. Ayaka Takasu – Escuela de Medicina de la Universidad Nihon, Tokio, Japón

Este estudio retrospectivo comparó el desempeño de la colonoscopia en 1.314 pacientes sometidos a colonoscopia por diversas indicaciones en un centro japonés antes y después de la introducción de la detección asistida

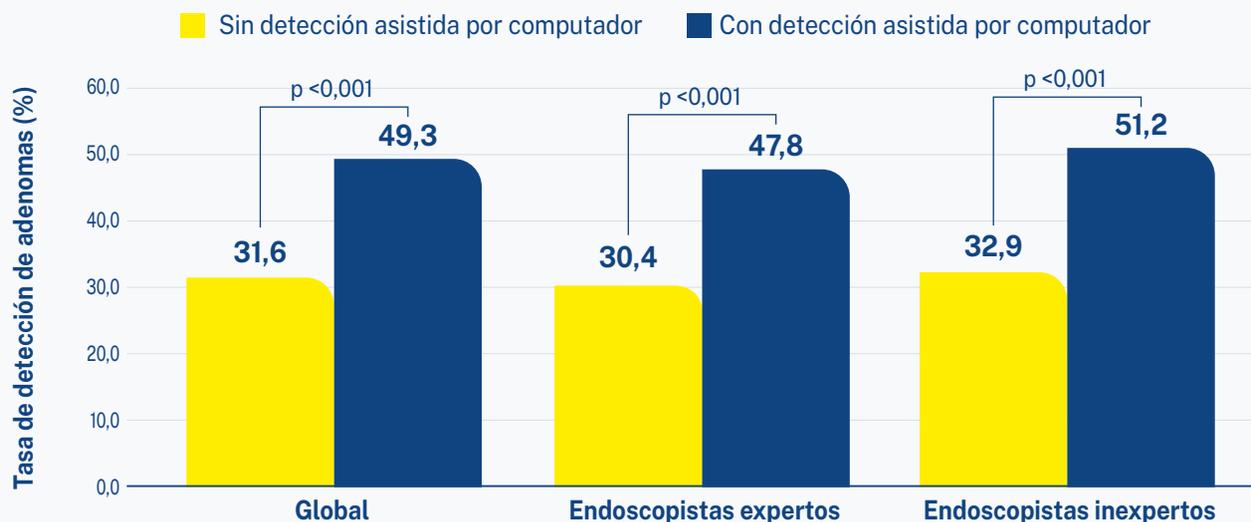
por computador. Los resultados mostraron que la tasa de detección de adenomas fue significativamente mayor después de la introducción de la detección asistida por computador, independientemente de si los endosco-



pistas fueron o no expertos (**figura 4**). Sin embargo, se encontró que la tasa de detección de adenomas sin uso de la inteligencia artificial disminuyó significativamente

después de la implementación de esta técnica (34,5% vs. 13,5%, $p < 0,001$.)

Figura 4. Tasa de detección de adenomas en pacientes sometidos a colonoscopia con o sin detección asistida por computador en la práctica real



Conclusiones

Los autores concluyeron que **la introducción de la detección asistida por computador mejora significativamente la tasa de detección de adenomas en la práctica clínica. Sin embargo, la confianza en esta técnica puede afectar la atención y la actitud del endoscopista hacia la detección visual de las lesiones, por lo que es importante considerar cómo debe usarse la inteligencia artificial en la práctica clínica para maximizar sus beneficios.**

5

Asociación entre la enfermedad por reflujo gastroesofágico y el cáncer pulmonar: resultados de un metanálisis

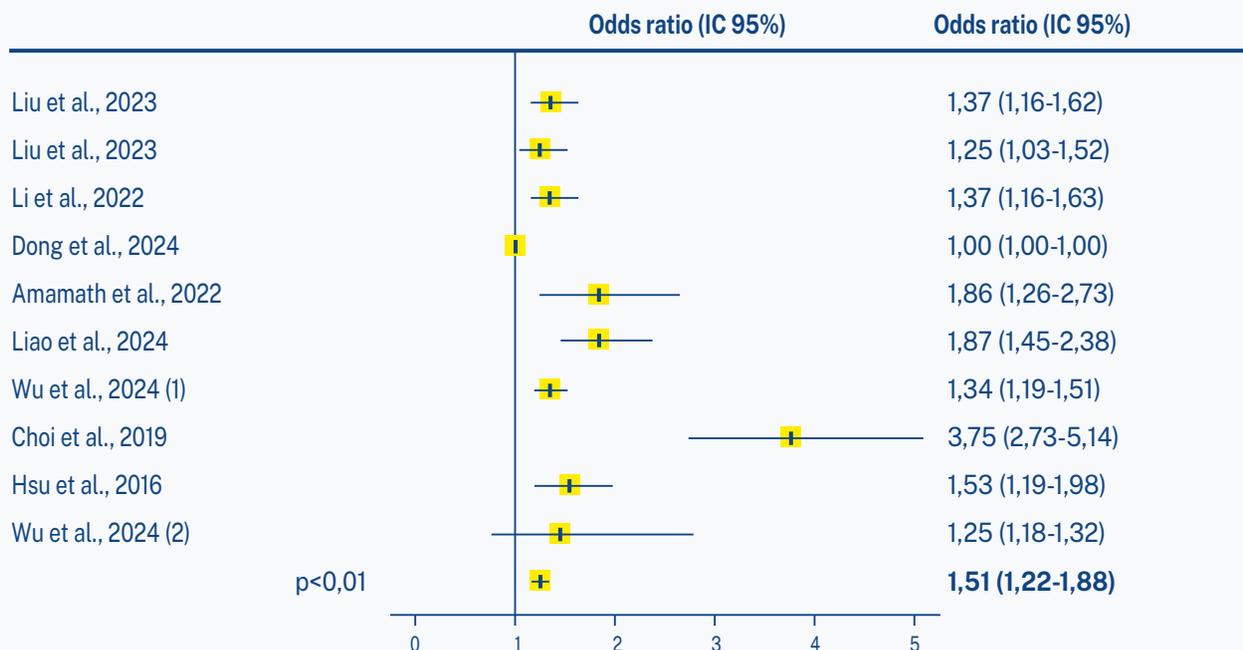
Dr. Omar Abureesh – Hospital Universitario Staten Island, Nueva York, Estados Unidos

Este metanálisis de diez estudios que incluyeron más de 2,3 millones de participantes se llevó a cabo para examinar la evidencia actual acerca de una posible relación causal entre la enfermedad por reflujo gastroesofágico

(ERGE) y el cáncer pulmonar. Los resultados mostraron que los pacientes con ERGE tienen una probabilidad 51% mayor de desarrollar cáncer pulmonar (odds ratio 1,51; IC 95% 1,22-1,88; **figura 5**).



Figura 5. Riesgo de cáncer pulmonar en pacientes con ERGE: resultados de un metanálisis



Conclusiones

Los autores concluyeron que **la ERGE se asocia con un aumento significativo del riesgo de cáncer pulmonar y que comprender esta asociación puede permitir el diseño y la implementación de estrategias preventivas y terapéuticas para las dos enfermedades.**

6

Evolución de la mortalidad asociada a los procedimientos gastrointestinales en las últimas dos décadas: experiencia de los Estados Unidos

Dr. Fariha Hasan – Universidad de Cooper, Nueva Jersey, Estados Unidos

Los procedimientos gastrointestinales representan una proporción sustancial de las intervenciones quirúrgicas y se han asociado con altas tasas de complicación. Este estudio analizó la tendencia de la mortalidad asociada a los procedimientos gastrointestinales en las últimas dos década (1999 a 2020) en los Estados Unidos. Los resultados mostraron que la tasa de

mortalidad ajustada para la edad disminuyó significativamente, tanto en hombres como en mujeres, en este periodo (**figura 6**). No obstante, la tasa bruta de mortalidad fue superior en los individuos ≥ 65 años en comparación con los < 65 años y la tasa de mortalidad ajustada para la edad fue mayor en las áreas rurales que en las áreas urbanas.

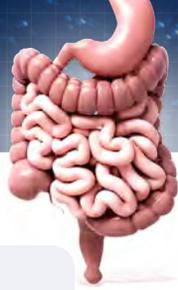
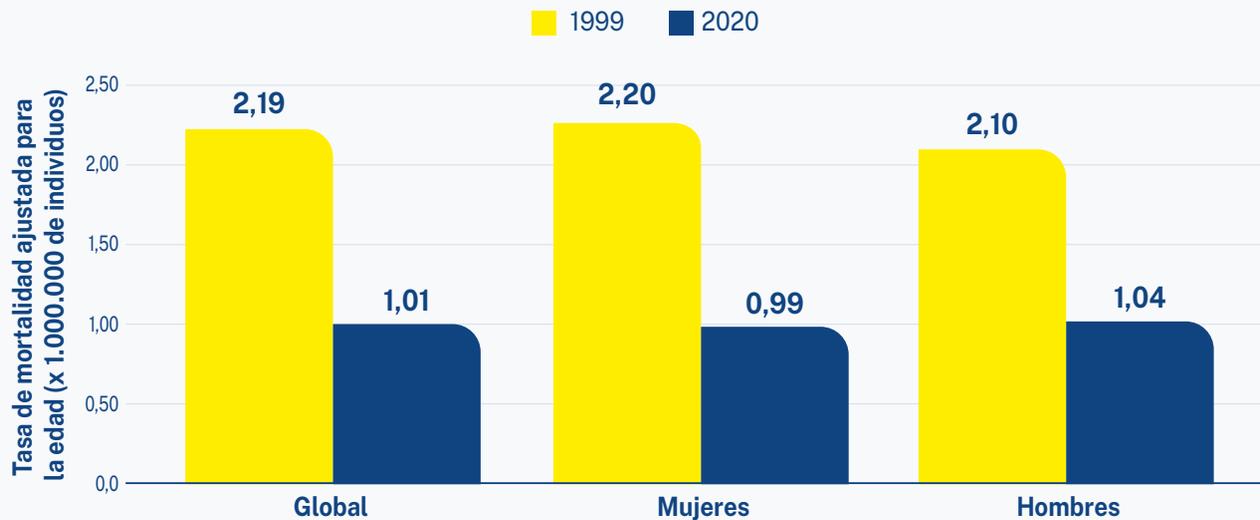


Figura 6. Cambio en la tasa de mortalidad asociada a los procedimientos gastrointestinales: experiencia de los Estados Unidos



Conclusiones

Los autores concluyeron que **la tasa de mortalidad asociada a los procedimientos gastrointestinales ha experimentado una reducción alentadora, lo que refleja los avances de las técnicas quirúrgicas, el manejo perioperatorio y la atención sanitaria.**

7

¿Es posible interrumpir los inhibidores de la bomba de protones sin indicación válida en atención primaria?

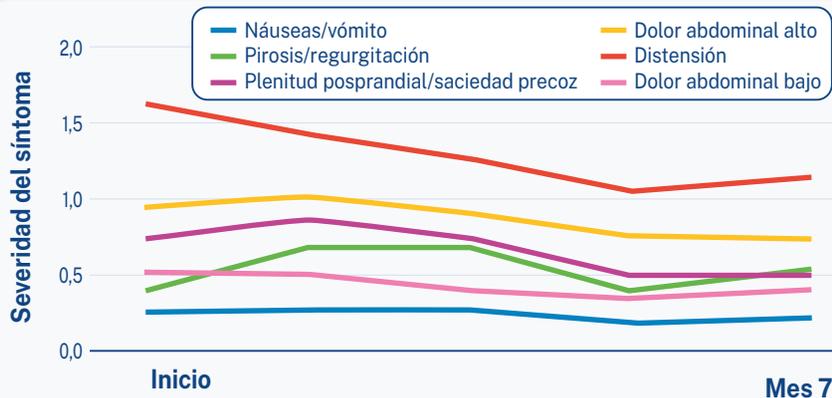
Dra. Janne Scheepers – Universidad Católica de Lovaina, Flandes, Bélgica

El uso inadecuado de los inhibidores de la bomba de protones (IBP) es un problema creciente y se calcula que hasta 70% del uso crónico de estos medicamentos carece de indicación válida. Este estudio evaluó la tasa de éxito de la interrupción de los IBP sin indicación válida en 640 usuarios crónicos manejados por médicos de atención primaria. Los resultados mostraron que 76% de los pacientes pudieron interrumpir los IBP y que la inte-

rrupción se mantuvo en 61% a los seis meses. En general, en estos pacientes los síntomas disminuyeron progresivamente, aunque se observó un aumento inicial transitorio de la saciedad y la pirosis (**figura 7**). Los principales predictores de una interrupción exitosa del IBP fueron la menor duración del tratamiento, la estimación del médico acerca del éxito potencial y el uso de antiácidos en el primer mes después de la interrupción.



Figura 7. Evolución de los síntomas en pacientes con interrupción exitosa del IBP



Conclusiones

Los autores concluyeron que **la interrupción del IBP en los usuarios crónicos de IBP sin indicaciones válidas es posible en la atención primaria.**

8

Efecto placebo en el tratamiento del síndrome de intestino irritable con predominio de diarrea: resultados de un metanálisis

Dr. QY Wang – Hospital Wangjing, Beijing, China

Este metanálisis de 39 estudios clínicos con 5.147 participantes evaluó la respuesta al placebo en estudios de tratamientos alternativos para el síndrome de intestino irritable con predominio de diarrea, como fitoterapia,

acupuntura, probióticos y trasplante de microbiota fecal. Los resultados mostraron altas tasas de respuesta al placebo en los estudios de todas las intervenciones (**figura 8**).

Figura 8. Tasas de respuesta al placebo en estudios de tratamientos alternativos para el síndrome de intestino irritable con predominio de diarrea





Conclusiones

Los autores concluyeron que **el efecto placebo tiene un papel prominente en el manejo del síndrome de intestino irritable con predominio de diarrea, con variabilidad sustancial entre las diferentes modalidades terapéuticas.**



Gastroplastia endoscópica en manga: ¿Difieren los desenlaces en función del especialista que la efectúa?

Dr. David J. Leishman – Universidad de Minnesota, Minneapolis, Estados Unidos

Este estudio retrospectivo de 2.190 pacientes sometidos a gastroplastia endoscópica en manga (GEM) exploró si hay diferencias en los desenlaces cuando el procedimiento es efectuado por cirujanos o gastroenterólogos, dos especialistas con formación significativamente diferente. Los resultados mostraron una menor incidencia de eventos

adversos y rehospitalización a los 30 días, así como menor estancia hospitalaria y menor duración de la cirugía, cuando la GEM fue efectuada por cirujanos (**tabla 1**). No se observaron diferencias significativas en las tasas de mortalidad, reoperación a los 30 días, neumonía, insuficiencia renal aguda o necesidad de transfusión o ventilador.

Tabla 1. Desenlaces de la GEM efectuada por cirujanos o por gastroenterólogos: resultados de un metanálisis

	Cirujano	Gastroenterólogo	p
n	1.099	1.091	
Rehospitalización a los 30 días, n (%)	15 (1,36)	51 (4,67)	<0,001
Reoperación a los 30 días, n (%)	8 (0,73)	7 (0,64)	0,807
Mortalidad, n (%)	0	0	
Eventos adversos, n (%)	22 (2,0)	61 (5,59)	<0,001
Estancia hospitalaria, días (DE)	0,1 (0,36)	0,26 (0,98)	<0,001
Duración de la cirugía, min (DE)	64,66 (43,41)	96,96 (47,64)	<0,001

Conclusiones

Los autores concluyeron que **las diferencias detectadas según el especialista tratante tienen probablemente escasas consecuencias clínicas y que la GEM es un tratamiento bariátrico endoscópico avanzado con un excelente perfil de seguridad, independientemente del especialista que la efectúa.**

10

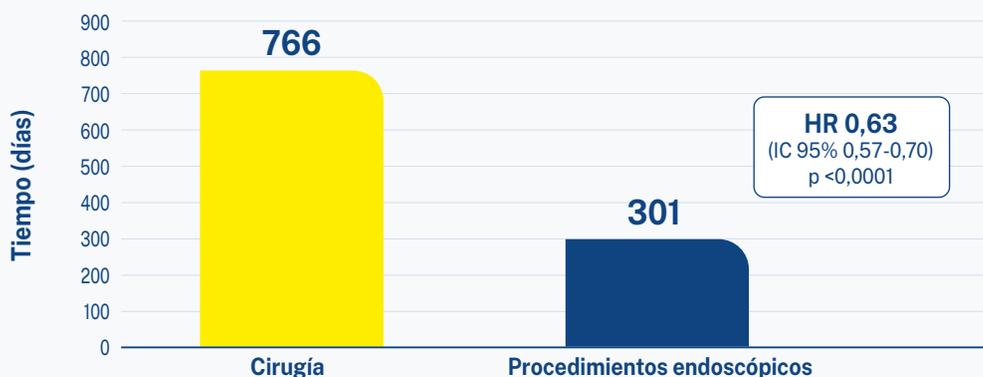
Cirugía vs. procedimientos endoscópicos antirreflujo: ¿Cuál proporciona mayor control del uso de medicamentos antirreflujo a largo plazo?

Dr. DM Simadibrata – Universidad Case Western Reserve, Cleveland, Estados Unidos

Este estudio retrospectivo, que usó una base de datos nacional de los Estados Unidos, evaluó el tiempo hasta el reinicio de medicamentos antirreflujo en 66.694 pacientes sometidos a cirugía antirreflujo (n = 65.187) o a procedimientos endoscópicos antirreflujo (n = 1.505). Los resultados mostraron que la cirugía antirreflujo se asoció con un tiempo significativamente más prolongado hasta el reinicio de los medicamentos antirreflujo (**figura 9**).

Un año después del procedimiento, la proporción de pacientes que reiniciaron medicamentos antirreflujo fue de 33% y 50% en los pacientes sometidos a cirugía o a procedimientos endoscópicos, respectivamente (RR 0,62; IC 95% 0,57-0,70). A los diez años, menos de la mitad de los pacientes sometidos a cirugía reiniciaron medicamentos antirreflujo, en comparación con 62% de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos.

Figura 9. Tiempo hasta el reinicio de medicamentos antirreflujo en pacientes sometidos a cirugía o a procedimientos endoscópicos



Conclusiones

Los autores concluyeron que **la cirugía proporciona un retraso significativo de la necesidad de reiniciar medicamentos antirreflujo en comparación con los procedimientos endoscópicos.**



11

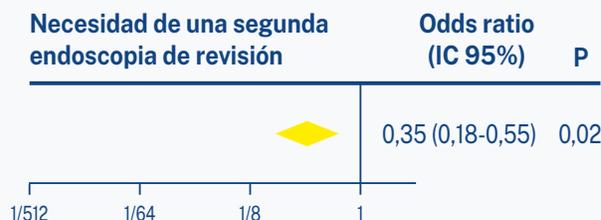
Papel de los procinéticos antes de la endoscopia en el sangrado agudo del tracto digestivo superior: resultados de un metanálisis

Dr. Parth Patel – Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Texas, San Antonio, Estados Unidos

Este metanálisis de diez estudios que incluyeron 977 pacientes evaluó si el uso de medicamentos procinéticos (ej. metoclopramida, eritromicina), mejora la visualización de la mucosa en pacientes con sangrado agudo del tracto digestivo superior. Los resultados mostraron que los procinéticos

mejoraron significativamente el vaciamiento gástrico y redujeron significativamente la necesidad de una segunda endoscopia de revisión (figura 10). El análisis por subgrupos sugirió que el beneficio se obtuvo con eritromicina, pero no con metoclopramida.

Figura 10. Efecto del uso de procinéticos sobre el vaciamiento gástrico y la necesidad de una segunda endoscopia de revisión en pacientes con sangrado agudo del tracto digestivo superior



Conclusiones

Los autores concluyeron que **los agentes procinéticos pueden mejorar el vaciamiento gástrico y en consecuencia el examen de la mucosa en los pacientes con sangrado agudo del tracto digestivo superior.**

12

¿Es seguro dar salida al paciente sin acompañante después de una endoscopia con sedación?

Dr. Quan Rui Tan – Hospital Tan Tock Seng, Singapur

Este estudio retrospectivo evaluó la seguridad de dar salida sin acompañante a pacientes seleccionados después de una endoscopia con sedación. Se incluyeron 3.066 pacientes sometidos a endoscopia bajo sedación en un

centro de atención terciaria durante el periodo de 2017 a 2024 y que se seleccionaron para salida sin acompañante cuando cumplieron tres criterios (cognitivamente intacto, capaz de deambular independientemente y capaz

Aspectos destacados de la Semana de la Enfermedad Digestiva



de tomar transporte público). Los resultados mostraron que las complicaciones fueron escasas, por lo general leves (náuseas, vómito, dolor de garganta) y que no se relacionaron con el hecho de ir solo a casa (**tabla 2**).

Tabla 2. Complicaciones luego de dar salida sin acompañante a pacientes seleccionados luego de una endoscopia con sedación

1,2%	Tasa total de complicaciones	Por lo general complicaciones leves, como náuseas, vómito, dolor de garganta, dolor abdominal o dolor torácico
0,1%	Tasa de complicaciones que requirieron hospitalización	Disnea, hematoquecia, dolor de los miembros

Conclusiones

Los autores concluyeron que **permitir el regreso a casa sin acompañante después de una endoscopia con sedación es seguro y no causa complicaciones en pacientes seleccionados, por lo que puede considerarse luego de una evaluación adecuada del paciente.**

13

Eficacia de la gastroplastia endoscópica en manga para lograr y mantener la pérdida de peso: resultados de un metanálisis

Dr. Yazan Abboud – Escuela Médica Rutgers de Nueva Jersey, Estados Unidos

Este metanálisis de 43 estudios efectuados entre 2017 y 2024 evaluó la capacidad de la gastroplastia endoscópica en manga (GEM) para lograr y mantener la pérdida de peso en pacientes obesos. Los resultados mostraron que la GEM produjo reducciones significativas del peso corporal, el índice de masa corporal (IMC) y el exceso de peso a los 6 y 12 meses de seguimiento (**tabla 3**).

Conclusiones

Los autores concluyeron que **la GEM es efectiva para lograr y mantener una pérdida significativa del peso corporal a los 6 y 12 meses.**

Tabla 3. Eficacia de la GEM para lograr y mantener la pérdida de peso corporal en pacientes obesos: resultados de un metanálisis

6,1 kg/m²	↓ IMC a los 6 meses
6,7 kg/m²	↓ IMC a los 12 meses
15,0%	↓ Peso corporal a los 6 meses
17,4%	↓ Peso corporal a los 12 meses
50,0%	↓ Exceso de peso corporal a los 6 meses
55,2%	↓ Exceso de peso corporal a los 12 meses



14

Procedimientos endoscópicos en pacientes anticoagulados: comparación de la seguridad de warfarina vs. anticoagulantes orales directos

Dr. Rahul Karna – Escuela de Medicina de la Universidad de Minnesota, Minneapolis, Estados Unidos

Este estudio retrospectivo evaluó los desenlaces trombóticos y hemorrágicos en un grupo de 73.222 pacientes tratados con anticoagulantes orales (warfarina o anticoagulantes orales directos) que fueron sometidos a procedimientos endoscópicos en un periodo de 14 años en centros estadounidenses. En los procedimientos de alto riesgo, el anticoagulante se interrumpió antes (war-

farina cinco días antes, anticoagulantes orales directos tres días antes). Los resultados mostraron que, en general, el riesgo de eventos trombóticos o hemorrágicos fue mayor con warfarina que con los anticoagulantes orales directos, tanto en los procedimientos de alto riesgo como en los de bajo riesgo (**tabla 4**).

Tabla 4. Riesgo de eventos trombóticos y hemorrágicos a los 30 días en pacientes tratados con warfarina o anticoagulantes orales directos sometidos a procedimientos endoscópicos

	Procedimientos de bajo riesgo		Procedimientos de alto riesgo	
	Odds ratio (IC 95%)	Valor de p	Odds ratio (IC 95%)	Valor de p
ACV isquémico	2,23 (1,876-4,207)	0,0105	1,246 (0,826-1,882)	0,2938
Trombosis venosa profunda	1,246 (0,96-1,609)	0,09	1,725 (1,416-2,103)	0,0001
Embolia pulmonar	1,053 (0,814-1,362)	0,6935	1,611 (1,337-1,941)	0,0001
Sangrado gastrointestinal	1,22 (1,069-1,393)	0,0031	1,242 (1,038-1,486)	0,0178
Sangrado mayor	1,193 (1,06-1,343)	0,0035	1,142 (1,041-1,253)	0,0133
Sangrado intracraneano	1,251 (0,585-2,675)	0,097	1,463 (1,02-2,098)	0,0376

ACV = accidente cerebrovascular

Conclusiones

Los autores concluyeron que **el riesgo de trombosis y sangrado después de los procedimientos endoscópicos es mayor en los usuarios de warfarina en comparación con los usuarios de anticoagulantes orales directos, por lo que estos últimos son preferibles.**

Las opiniones expresadas en el presente material corresponden a los autores y no necesariamente reflejan la opinión del laboratorio patrocinador. Material elaborado por Producciones Científicas Ltda. a partir de material científico. © Producciones Científicas Ltda., 2025. "Información Médica Actualizada" ISSN 1657-5970.



Hable con nosotros

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



Línea Salud Digestiva



euofarma

tu vida mueve la nuestra

*Para uso exclusivo del profesional médico.