



BOLETÍN AMG

N. 1/2018

1. REVISTA MEXICANA DE GASTROENTEROLOGIA.

2. PROXIMO EVENTO

3. SEMANA NACIONAL DE GASTROENTEROLOGIA

4. GASTRONOTICIAS

1.- REVISTA MEXICANA DE GASTROENTEROLOGIA:

En el Número 4 de la **Revista de Gastroenterología de México** se publicó el reporte del “**Consenso Mexicano sobre la Dispepsia**”, que complementa y actualiza las “**Guías de Dispepsia 2007**” de la Asociación Mexicana de Gastroenterología.



La dispepsia es uno de los padecimientos digestivos diagnosticados con más frecuencia en la práctica diaria. Presentamos algunos enunciados acerca de la definición, epidemiología y fisiopatología de la dispepsia en adultos:

1. La dispepsia es un síndrome que se define como la presencia de malestar en el epigastrio, crónico y recurrente, que integra diversos síntomas como dolor, ardor, distensión, saciedad temprana, plenitud, eructos o náusea.
2. La dispepsia se divide en: a) “no investigada”, cuando aún no se ha estudiado su posible causa; b) “orgánica” o “secundaria”, cuando ya se han identificado lesiones estructurales o enfermedades sistémicas que explican los síntomas, y c) “funcional”, cuando el síndrome no se asocia a lesiones o enfermedades detectables.

3. La dispepsia funcional es una enfermedad compleja, con mecanismos fisiopatológicos múltiples que incluyen motilidad alterada, hipersensibilidad visceral, factores alimentarios, genéticos, alérgicos, postinfecciosos, inflamatorios y psicosociales. Hasta la fecha no se ha establecido un factor fisiopatológico universal
4. La prevalencia de dispepsia no investigada en México es del 12% según el estudio poblacional más grande realizado hasta ahora, pero varía de acuerdo con la población estudiada y los criterios empleados para definir su presencia. En nuestro país se desconoce la prevalencia de la dispepsia funcional, así como la incidencia de cualquier tipo de dispepsia.
5. La dispepsia puede presentarse luego de un cuadro de gastroenteritis infecciosa aguda bacteriana, viral o parasitaria, y el riesgo se incrementa en presencia de factores definidos.
6. Los criterios diagnósticos basados en síntomas permiten establecer el diagnóstico positivo de dispepsia funcional en la mayoría de los enfermos sin síntomas o signos de alarma y sin factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades orgánicas. No obstante, los criterios de RomalIII yIV requieren la realización de una endoscopia para descartar la presencia de dispepsia orgánica o secundaria.
7. La dispepsia funcional se clasifica en subtipos de acuerdo con el síntoma predominante: 1) síndrome de dolor epigástrico, y 2) síndrome de malestar posprandial (*distress* posprandial, RomalIII yIV). Aunque ambos subtipos se traslapan entre sí, esta clasificación es útil para seleccionar el tratamiento inicial.
8. La dispepsia es un complejo sintomático que se sobrepone con la gastroparesia, la enfermedad por reflujo y el síndrome de intestino irritable.
9. El papel de la infección por *Helicobacter pylori* en la dispepsia funcional es controversial. Esta bacteria se asocia a trastornos motores, secretores e inflamatorios que pueden generar síntomas dispépticos, por lo que algunos enfermos podrían beneficiarse de su erradicación.
10. La endoscopia debe realizarse en todo paciente con dispepsia no investigada que presente síntomas y signos de alarma o falla a un tratamiento inicial orientado al síntoma predominante.

REFERENCIA:

- Carmona-Sánchez R, Gómez-Escudero O, Zavala-Solares M, et al. Consenso mexicano sobre la dispepsia. *Rev Gastroenterol Mex* 2017; 82: 309-27

2. PROXIMO EVENTO: GASTROTRILOGIA XIII

“Abordaje médico, endoscópico y quirúrgico en problemas clínicos comunes”

Durango 13 y 14 de abril de 2018.



AVANCES RECIENTES EN EL MANEJO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA AGUDA.

La hemorragia digestiva secundaria a úlcera péptica continúa siendo una importante causa de ingreso a las salas de emergencia. Se reportan más de 300,000 ingresos hospitalarios por año en los Estados Unidos. Además, cerca de 150,000 pacientes por año tienen hemorragia digestiva alta no variceal durante su estancia hospitalaria. A pesar de los avances en el tratamiento, la HTDANV se asocia con una alta morbilidad, mortalidad y altos costos hospitalarios. Se han publicado varias guías internacionales de manejo, pero las controversias

aún persisten. A continuación, se enumeran algunos avances recientes en el manejo de esta patología. Una estrategia de transfusión más restrictiva (trasfunder sólo si el paciente tiene una Hb <7gr/dl) ha demostrado menor resangrado y menor mortalidad. La escala pronóstica de Glasgow-Blatchford sigue siendo la más útil para predecir la necesidad de intervención, así como para detectar pacientes de bajo riesgo que pueden ser manejados ambulatoriamente. Nuevas escalas, como la AIMS65 y la Progetto Nazionale Emorragia Digestiva son mejores para predecir mortalidad, pero similares a la escala de Glasgow para predecir resangrado. El uso de eritromicina y otros procinéticos antes de realizar endoscopia, parece mejorar el pronóstico y son costo-efectivos. El uso de IBP'S antes de la endoscopia reducen la frecuencia de sangrado activo y la necesidad de terapia endoscópica, con un aumento en el porcentaje de úlceras con bases limpias. El continuar con dosis altas de IBP'S vía oral 11 días después del IBP en infusión, es útil en pacientes con puntuaciones altas en las escalas pronósticas. Los polvos hemostáticos y los clips sobre el endoscopio se utilizan para ciertos casos especiales o cuando otros métodos endoscópicos han fallado. La probeta doppler transendoscópica ha demostrado que es mejor para predecir riesgo de resangrado o el éxito de la terapia endoscópica comparada con la simple visualización endoscópica de la lesión. Las úlceras sangrantes que no son causadas por Helicobacter pylori, aspirina y otros AINES están aumentando en frecuencia y se asocian a un mal pronóstico y a una alta probabilidad de resangrado.

REFERENCIAS:

- Abougergi MS, Travis AC, Saltzman JR. The in-hospital mortality rate for upper gastrointestinal hemorrhage is decreasing over two decades in the United States: a nationwide analysis. *Gastrointest Endosc.* 2015;81:882-888.
- Saltzman JR. Acute Upper Gastrointestinal Bleeding. In: Greenberger NJ, Blumberg RS and Burakoff R, editors. *Current Diagnosis and Treatment. Gastroenterology, Hepatology and Endoscopy*, 3rd ed. New York: Mc Graw Hill; 2016, pp. 375-96.

- Hyett BH, Abougergi MS, Charpentier JS, et al. The AIMS65 Score compared with the Glasgow-Blatchford score in predicting outcomes in upper GI bleeding. *Gastrointest Endosc.* 2013;77:624-630.
- Villanueva C, Colomo A, Bosch A, et al. Transfusion strategies for acute upper gastrointestinal bleeding. *N Engl J Med* 2013; 368:11-21.

3. SEMANA NACIONAL DE GASTROENTEROLOGIA.

La próxima **Semana Nacional de Gastroenterología** se llevará a cabo del **16 al 20 de noviembre de 2018** en el Nuevo Centro Internacional de Congresos Yucatán. En la ciudad de Mérida, Yucatán.



Algunas de las Actividades de nuestra reunión anual serán:

- Curso Pre congreso de Posgrado en Gastroenterología.
- Curso Pre congreso de Posgrado en Cirugía.
- 3er Congreso en Gastroenterología Pediátrica.
- XI Curso Pre congreso de Posgrado en Gastroenterología y Nutrición.
- 9° Encuentro Nacional de Residentes.
- Curso Trans congreso en Endoscopía.
- Curso Trans congreso en Hepatología.
- Simposios y talleres con diversas sociedades médicas nacionales y extranjeras.
- Conferencias magistrales.
- Trabajos libres, orales y en cartel.

Con reconocimiento del Consejo Mexicano de Gastroenterología y del Comité Normativo de Medicina General A.C.

4. GASTRONOTICIAS:

RIESGO AUMENTADO DE TROMBOEMBOLISMO Y MUERTE POSTERIOR A HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL AGUDA SEVERA.

A pesar de los avances en el tratamiento médico y endoscópico, la mortalidad asociada a la hemorragia por úlcera péptica no ha disminuido. La mortalidad a 30 días varía del 5 al 12% en diversos estudios. Los pacientes que logran sobrevivir el evento agudo de la hemorragia persisten con riesgo de mortalidad elevado, generalmente por otras causas que la úlcera péptica.

Nagata y colaboradores reportan los hallazgos de un estudio retrospectivo en donde comparan una cohorte de 522 pacientes con sangrado gastrointestinal a partir de su alta del hospital, contra un grupo control de 1044 pacientes sin sangrado gastrointestinal. A todos los pacientes se les realizó endoscopía gastrointestinal en el Centro Nacional de

Salud Global y Medicina en Tokio, Japón entre enero de 2009 y diciembre de 2014. 71.5% de sus pacientes tuvieron hemorragia de tubo digestivo alto y 28.5% de tubo digestivo bajo. La mayoría de ellos el sangrado provino de una úlcera péptica. Después de un seguimiento promedio de 23.4 meses, encontraron que un 11.5% de pacientes con sangrado tuvieron episodios de tromboembolismo, contra sólo el 2.4% de los controles. (RR 5.3 IC95% 3.3-8.5; $p < .001$). El análisis multivariado reveló que la hemorragia digestiva es un factor de riesgo para todos los eventos tromboembólicos, eventos cerebrovasculares y cardiovasculares. También reportan que durante un seguimiento de 24.6 meses se murieron el 15.9% de los pacientes con hemorragia digestiva y el 8.6% de los pacientes en el grupo control (RR 2.1 IC95% 1.6-2.9 $P < .001$). El análisis multivariado reveló a la hemorragia digestiva como un factor de riesgo para mortalidad de cualquier causa. Comparados con la población general, los pacientes con hemorragia digestiva tuvieron también un riesgo incrementado de muerte, (riesgo estandarizado de muerte 12%). Los autores comentan que no se conoce la causa por la cual pacientes con hemorragia digestiva tienen un riesgo incrementado de tromboembolismo y muerte; pero sugieren que los pacientes con sangrado digestivo desarrollan un estado de hipercoagulabilidad, que en el periodo de sangrado se reduce el aporte de oxígeno al miocardio y otros órganos, y que generalmente en estos pacientes se suprime la administración de medicamentos antitrombóticos y anticoagulantes. Las limitaciones del estudio es que es una cohorte retrospectiva, que los pacientes con sangrado tenían más comorbilidades que el grupo control y que el número de eventos trombóticos fue bajo. Concluyen que la prevención de eventos tromboembólicos y muerte se ha vuelto un tema de importancia en el manejo a largo plazo de estos pacientes.

REFERENCIA:

- Nagata N, Sakurai T, Shimbo T, et al. Acute severe gastrointestinal tract bleeding is associated with an increased risk of thromboembolism and death. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2017;15:1882–1889.