



BOLETÍN AMG

N. 2/2018

Revista Mexicana de Gastroenterología

•Próximo evento

•Semana Nacional de Gastroenterología

•Gastronoticias

1.- REVISTA MEXICANA DE GASTROENTEROLOGIA:

En el Número 4/2017 de la *Revista de Gastroenterología de México* se publica 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.

Presentamos algunos enunciados acerca del tratamiento de la dispepsia en adultos:

21. La terapia antisecretora con inhibidores de bomba de protones o con antagonistas H₂ es útil para el control de dolor epigástrico. Los metaanálisis han mostrado un nivel similar de eficacia para ambos grupos de medicamentos
22. Los procinéticos son efectivos para el control particularmente de síntomas relacionados con dispepsia tipo dismotilidad como náusea, saciedad temprana y plenitud posprandial. Su efectividad a largo plazo se encuentra limitada por los efectos secundarios de la mayoría de ellos

- 23.** La terapia de erradicación puede ser efectiva en un subgrupo de pacientes con dispepsia funcional e infección por *Helicobacter pylori*. No existen predictores que definan al subgrupo potencialmente respondedor
- 24.** Los antidepresivos tricíclicos son efectivos como tratamiento de segunda línea en la dispepsia funcional, particularmente para control de dolor abdominal. En algunos casos con ansiedad o depresión asociadas pueden considerarse como la primera opción terapéutica. La evidencia de mejoría con ansiolíticos es insuficiente y los inhibidores de recaptura de serotonina no son efectivos en la dispepsia funcional
- 25.** La terapia combinada con antisecretores y procinéticos, o la combinación de alguno de estos con antidepresivos, se usa con frecuencia en la práctica clínica, pero no existen estudios que apoyen su eficacia en la dispepsia funcional. La combinación de AH2 con procinéticos ha demostrado menor eficacia al ser comparada con el uso de inhibidores de la bomba de protones
- 26.** No existe evidencia que establezca la duración apropiada del tratamiento farmacológico inicial, el período mínimo de espera antes de cambiar la terapia en pacientes con persistencia de síntomas, o la duración del tratamiento antes de considerar suspenderlo en aquellos pacientes que han tenido buena respuesta sintomática
- 27.** No se ha demostrado mejoría clínica con prebióticos, probióticos ni simbióticos en el tratamiento de la dispepsia funcional
- 28.** La capsaicina es el compuesto pungente contenido en el chile, causante del picor. La ingestión de capsaicina se ha relacionado con la presencia de síntomas en dispepsia funcional, pero ha demostrado causar mejoría de estos síntomas a largo plazo debido a su acción desensibilizadora sobre los receptores TRPV1. Este efecto no ha sido estudiado rigurosamente, por lo que se requieren más estudios antes de recomendar su empleo
- 29.** Se ha observado mejoría sintomática y de la calidad de vida en la dispepsia funcional al utilizar alternativas de tratamiento como la acupuntura, la electroacupuntura y la estimulación eléctrica transcutánea. Sin embargo, no hay evidencia contundente de la eficacia y la seguridad de estas intervenciones
- 30.** No existe evidencia suficiente para recomendar el empleo de la mayoría de los compuestos herbolarios en el tratamiento de la dispepsia, aunque dos compuestos cuentan con estudios de buena calidad. El Iberogast (STW5, compuesto de 9 hierbas) ha demostrado mejorar los síntomas de la dispepsia funcional al producir la relajación del fundus y favorecer el vaciamiento gástrico. El Rikkunshito (constituido por 8 componentes entre hierbas, raíces, tallos, frutos y un hongo) que ha logrado disminuir los síntomas, al promover la relajación adaptativa gástrica e incrementar el vaciamiento
- 31.** No existe evidencia suficiente de la eficacia de terapias psicológicas (v.gr., hipnosis, terapia de relajación, terapia conductiva conductual) en la dispepsia funcional

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:

XIII GASTROTRILOGÍA

13 - 14 de ABRIL, 2018

DURANGO

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

El Dr. Miguel Herrera, cirujano del INCMNSZ, nos hablará acerca de:
“Pros y Contras del Tratamiento Quirúrgico de la Obesidad”

A continuación, presentamos algunos puntos importantes de su participación.

La obesidad es un problema de salud importante a nivel global. En México 72% de los adultos padecen sobrepeso u obesidad. El tratamiento médico o con cambios en el estilo de vida, ejercicio y dieta, logran una pérdida de peso que va del 5 al 10% y no es sostenida, mientras que la cirugía bariátrica produce hasta **70% de pérdida de peso**, cifra que se sostiene por más de 10 años en la mayoría de los pacientes. En los Estados Unidos se estima que solo se realiza cirugía bariátrica en el 1.24% de la población que podría ser candidata considerando su índice de masa corporal.

Los procedimientos bariátricos aceptados por la FDA son: Bypass Gástrico en Y de Roux (BPG), Gastrectomía Vertical en Manga (MG), Derivación Biliopancreática con Switch Duodenal (DBP), y la Banda Gástrica Laparoscópica (BGA).



Algunos efectos benéficos de la cirugía bariátrica son:	Algunos efectos adversos de la cirugía bariátrica son:
<ul style="list-style-type: none">- Pérdida de peso importante y sostenida por varios años.- Mejoría o remisión en el control de glicemia en pacientes con Diabetes Mellitus.- Mejoría o remisión en dislipidemias.- Mejoría o resolución total de la hipertensión arterial hasta en el 78% de los pacientes.	<ul style="list-style-type: none">- Mortalidad: Ha disminuido de 0.5-1% en los años 90's, a 0.1-0.3% en los últimos 10 años.- Complicaciones tempranas: tromboembolia pulmonar, sepsis abdominal, fugas anastomóticas, hernias internas, fístulas gastro-gástricas- Complicaciones tardías: Estrechez de la manga gástrica, dilatación del

<ul style="list-style-type: none"> - Mejoría importante en los síntomas de la apnea obstructiva del sueño. - Efectos benéficos en la función cardiaca. - Mejoría importante en la enfermedad por reflujo gastroesofágico. - Regresión o resolución de esteatohepatitis no alcohólica. - Disminución de hipérandrogenismo en mujeres, restauración del ciclo menstrual y de la fertilidad. - Mejoría importante en parámetros de calidad de vida, principalmente en dolor corporal, funcionalidad física y seguridad emocional. 	<p>reservorio del BPG, Migración o erosión de BGA, deficiencias nutricionales graves en DBP.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Efectos nocivos nutricionales: Deficiencia de vitamina B12, ácido fólico, hierro, vitamina A, vitamina D, calcio, tiamina, cobre.
--	--

Mejores técnicas quirúrgicas y un seguimiento a largo plazo evitan o disminuyen considerablemente estas complicaciones.

3. SEMANA NACIONAL DE GASTROENTEROLOGÍA.

*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.*

Una de las actividades de nuestra reunión será una:

Carrera atlética

Se llevará a cabo el domingo **18 de noviembre**. Los coordinadores del congreso están trabajando con mucho entusiasmo y ya consiguieron que el evento se lleve a cabo en la principal avenida de la Ciudad de Mérida: **“El Paseo de Montejo”**.

Esta avenida, llamada así en remembranza a Francisco de Montejo y León “El Mozo” fundador de la ciudad de Mérida; quien junto con su padre Francisco de Montejo “El Adelantado” y Francisco de Montejo “El Sobrino” conquistaron Yucatán para los españoles.

“*El Adelantado*” fue Gobernador de Tabasco y ocupó después el mismo cargo en Honduras y posteriormente en Chiapas. Por estas responsabilidades, le confirió a su hijo del mismo nombre poderes para consumar la Conquista de Yucatán. Su hijo, apodado *El Mozo*, fundó

las ciudades de San Francisco de Campeche en 1540 (en honor a su padre) y también la de Mérida (en honor a la Mérida de Extremadura). Fundada el 6 de enero en 1542 sobre las ruinas de la ciudad maya de Ichkanzihóo (T'hó).

El paseo de Montejo es la avenida más importante de la ciudad de Mérida. Se extiende desde el barrio de Santa Ana, en el centro de la ciudad, hasta la salida hacia el puerto de Progreso, se incluyen las prolongaciones realizadas en distintas épocas. En su recorrido están ubicadas numerosas instituciones públicas y privadas y es parte principal del corredor turístico de Mérida.



El trazado y diseño están inspirados en el de los bulevares franceses. Flanqueado por grandes árboles, cuenta con un camellón y numerosas glorietas. A ambos lados de esta avenida se construyeron hermosos palacetes y mansiones de acaudalados personajes del Yucatán del siglo XIX.

A lo largo de su trazo, el Paseo de Montejo contiene importantes monumentos y construcciones que son emblemáticos de la ciudad de Mérida y del estado de Yucatán. Esta avenida tiene una extensión total de 5,483 metros, lo que la convierte también en una de las más largas de la ciudad.

Durante el Gobierno de Guillermo Palomino (1886-1889) surgió la idea de continuar la urbanización de la capital yucateca, aprovechando el auge económico. En el mes de enero de 1888, con el apoyo de un grupo de hacendados, industriales y comerciantes de la época, surge el proyecto para construir un bulevar, al que denominaron "Paseo de Montejo", con la finalidad de modernizar a la ciudad de Mérida y darle a ésta un nuevo eje de reunión. Después de varias reuniones, las autoridades locales eligieron a una calle cercana al parque de Santa Ana como el sitio ideal para la construcción de la avenida. La colocación de la primera piedra de la avenida se llevó cabo el 5 de febrero de 1888. La construcción de la avenida fue concluida en 1904, durante el primer mandato del gobernador Olegario Molina Solís.

La avenida inicialmente contaba con una extensión de 1,280 metros, y comprendía de la calle 47 a la 33. En el cruce de esta última calle fue colocada en 1906 una estatua de Justo Sierra O'Reilly, la cual marcaba el final de la avenida. En 1916, durante el mandato del general Salvador Alvarado se intentó prolongar la avenida hacia el sur, con la finalidad de conectarla con la zona comercial más importante de la ciudad. Sin embargo, debido a dificultades técnicas, económicas y urbanísticas, esto no se llevó a cabo. En 1925 fue erigida una estatua en honor a Felipe Carrillo Puerto, líder del proletariado yucateco, fusilado después de haber gobernado el estado.

4. GASTRONOTICIAS:

PREVALENCIA E IMPACTO DE LA SOBREPOSICIÓN DE TRASTORNOS FUNCIONALES DIGESTIVOS DE ACUERDO A LOS CRITERIOS DE ROMA IV.

Este es un estudio basado en una encuesta por internet completada por 5,931 adultos de población general en tres países (Estados Unidos, Canadá y Reino Unido). Se investigaron factores demográficos, medicamentos, cirugías, datos de somatización y calidad de vida.

De acuerdo a los grupos de Roma IV, los trastornos funcionales intestinales fueron los más frecuentes (n=1665, 28.1%), seguido de los trastornos gastroduodenales (N=627, 10.6%), anorectales (n=440, 7.4%), esofágicos (n=414, 7%), y de vesícula y vías biliares (n=10, 0.2%).

Las personas que cumplieron criterios para algún trastorno funcional digestivo fueron 2,083; y estos, tuvieron en promedio 1.5 diagnósticos. De estos, 742 (36%) cumplieron criterios de trastornos funcionales en más de una región anatómica. Los individuos que solo tuvieron criterios diagnósticos para una región anatómica fueron 1341 (64%), Los que cumplieron criterios para dos regiones anatómicas fueron 493 (24%), los que cumplieron criterios para tres fueron 166 (8%), y para cuatro regiones fueron 83 (4%).

La presencia de trastornos funcionales digestivos en múltiples regiones se asoció con un incremento en la somatización, una peor calidad de vida tanto física como mental, mas uso de medicamentos y una alta prevalencia de cirugías abdominales. Las personas con sobreposición de trastornos funcionales digestivos en múltiples regiones anatómicas tuvieron más somatización y peor calidad de vida cuando se compararon con los controles que tuvieron padecimientos orgánicos del tubo digestivo.

Los autores concluyen que cerca de una tercera parte de la población general adulta cumple criterios para algún trastorno funcional digestivo de acuerdo a Roma IV. Un tercio de ellos, tiene involucradas varias regiones anatómicas. Esta sobreposición se asocia con un incremento en el deterioro de la salud.

REFERENCIA:

Azis I, Palsson OS, Tornblom H, et al. The prevalence and impact of overlapping Rome IV-diagnosed functional gastrointestinal disorders on somatization, Quality of life, and healthcare utilization: A cross-sectional general population study in three countries. Am J Gastroenterol advance online publication, 14 november 2017; doi:10.1038/ajg.2017.421