Aspectos destacados de **la semana de la enfermedad digestiva**

Chicago, Illinois

Mayo 2 - 5 de 2026

Línea Salud Digestiva

eurofarma
tu vida mueve la nuestra

VADEMECUM 2026

Línea Salud Digestiva

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

Línea Salud Digestiva

eurofarma
tu vida mueve la nuestra

VADEMECUM 2026

Línea Salud Digestiva

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

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 adolecentes 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

*Para uso exclusivo del profesional médico.

Línea Salud Digestiva

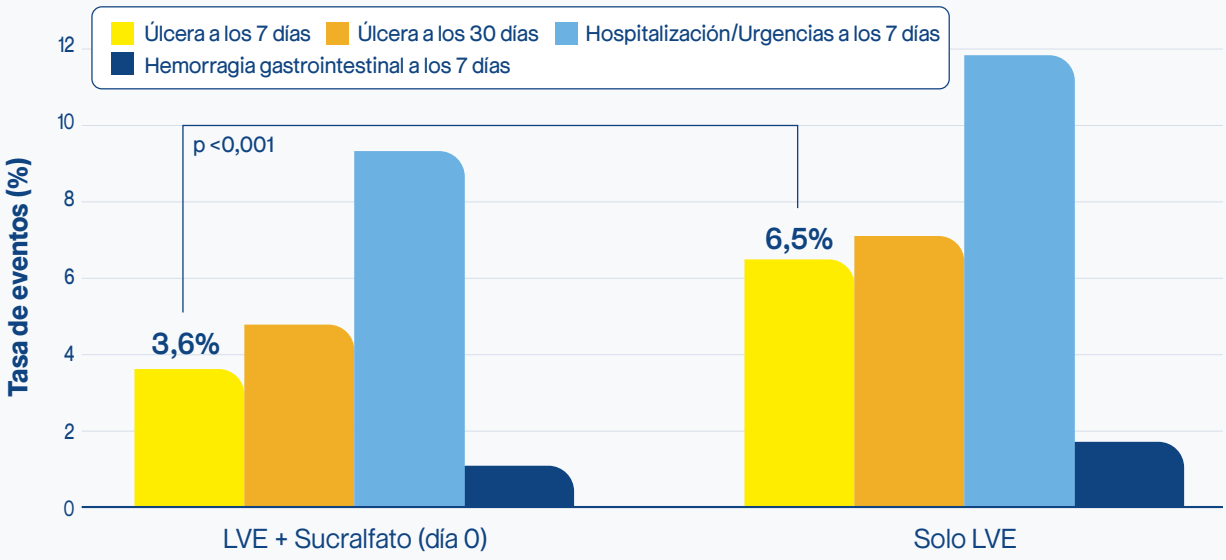
eurofarma
tu vida mueve la nuestra

1 Iniciar sucralfato el día de la ligadura de las várices esofágicas reduce las úlceras post ligadura

Dr. Hazem Abosheaishaa Nueva York, Estados Unidos

Las úlceras esofágicas son un evento adverso frecuente de la ligadura de las várices esofágicas y pueden causar dolor, disfagia y sangrado gastrointestinal. Este estudio de 15.780 pacientes sometidos a ligadura de várices esofágicas con bandas encontró que iniciar sucralfato el día del procedimiento redujo el porcentaje de pacientes que presentaron úlceras esofágicas (3,6% vs. 6,5%; p <0,001), así como el riesgo de sangrado y de consulta al servicio de urgencias en la semana siguiente (**figura 1**).

Figura 1. Desenlaces clínicos de iniciar o no sucralfato el día de la ligadura de las várices esofágicas



LVE = ligadura de las várices esofágicas

Conclusiones

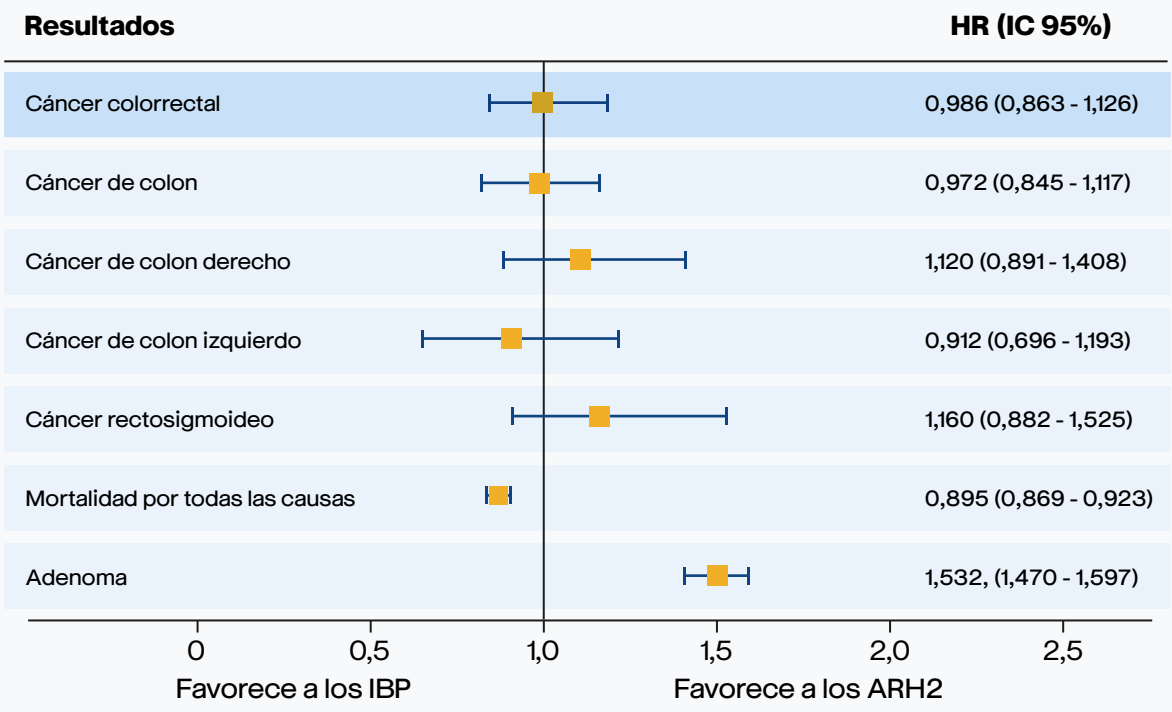
Los autores concluyeron que **este estudio muestra que iniciar sucralfato al momento de la ligadura de las várices esofágicas reduce significativamente las úlceras, el sangrado y el uso del sistema de salud después del procedimiento.**

2 Los inhibidores de la bomba de protones (IBP) no se asocian con aumento del riesgo de cáncer colorrectal en comparación con los antagonistas del receptor H2 (ARH2)

Dra. Denisa Costea Nueva York, Estados Unidos

Este estudio retrospectivo de 213.835 pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico, úlcera péptica o esofagitis erosiva tratados con IBP o ARH2 encontró que el uso de IBP no se asoció con aumento del riesgo de cáncer colorrectal en comparación con el uso de ARH2 (**figura 2**). Aunque los IBP se asociaron con un mayor riesgo de adenoma, también se asociaron con un menor riesgo de muerte por cualquier causa (**figura 2**).

Figura 2. Riesgo de cáncer colorrectal, adenoma o muerte por cualquier causa en pacientes tratados con IBP o ARH2



HR = hazard ratio

Conclusiones

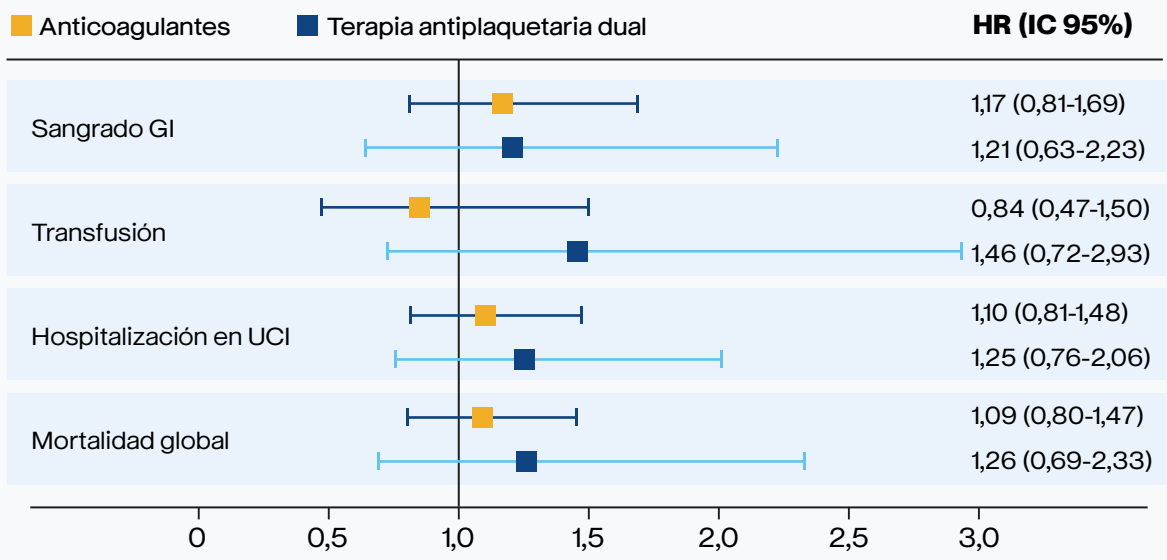
Los autores concluyeron que **el uso de IBP no se asocia con aumento del riesgo de cáncer colorrectal en comparación con el uso de ARH2.**

3 Seguridad de los *stents* luminales gastrointestinales en pacientes sometidos a terapia antitrombótica

Dr. Mohammed Eldesouki Nueva York, Estados Unidos

Los *stents* luminales gastrointestinales se usan ampliamente para la obstrucción secundaria a causas benignas o malignas, pero su seguridad en pacientes que reciben terapia antitrombótica no se ha explorado. Este estudio de cohortes, que incluyó un total de 950 pacientes, encontró que las tasas de sangrado gastrointestinal posterior a la implantación del *stent* no difirieron significativamente en los pacientes tratados con anticoagulantes o terapia antiplaquetaria dual en comparación con los pacientes sin estos tratamientos (**figura 3**). Tampoco se observaron diferencias significativas en la necesidad de transfusión, la hospitalización en la UCI o la mortalidad global (**figura 3**).

Figura 3.



HR = hazard ratio; GI = gastrointestinal; UCI = unidad de cuidado intensivo

Conclusiones

Los autores concluyeron que **la terapia antitrombótica no aumenta la incidencia de sangrado, transfusión o muerte tras la implantación de stents intraluminales gastrointestinales.**

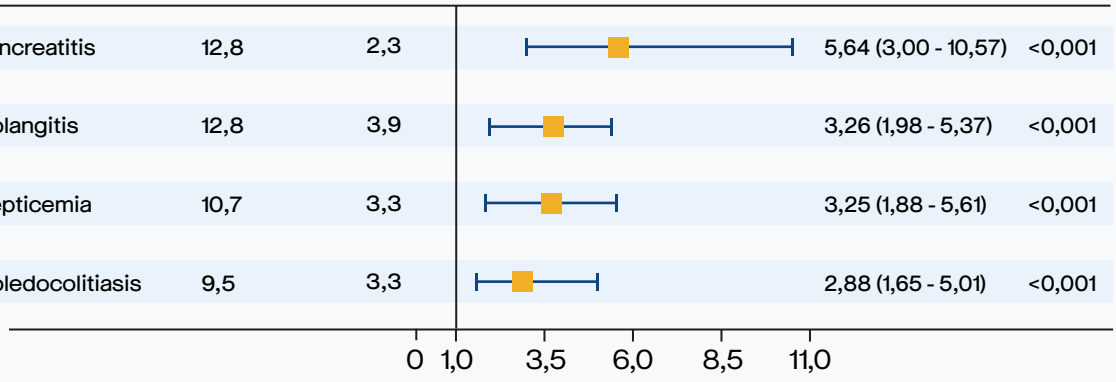
4 Impacto de los agonistas de GLP-1 en los desenlaces de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII)

Dr. Muhammad Ali Imbrahim Kazim Annapolis, Maryland, Estados Unidos

La EII es una enfermedad crónica asociada frecuentemente con trastornos hepatobiliares y pancreáticos que requieren intervención endoscópica, incluyendo CPRE. La literatura reciente ha mostrado que los agonistas de GLP-1 tienen beneficios en los pacientes con EII más allá de la pérdida de peso, pero su impacto en los pacientes con EII sometidos a CPRE no se ha evaluado. Este estudio multicéntrico de 972 pacientes con EII sometidos a CPRE con o sin exposición a agonistas de GLP-1 mostró que el uso de estos medicamentos se asoció con una reducción significativa del riesgo de pancreatitis, colangitis, sepsis y coledocolitiasis posteriores al procedimiento (**figura 4**).

Figura 4. Impacto de los agonistas de GLP-1 sobre los desenlaces de la CPRE en pacientes con EII

Resultados	Sin agonista de GLP-1 (%)	Con agonista de GLP-1 (%)	RR (IC 95%)	p
Pancreatitis	12,8	2,3	5,64 (3,00 - 10,57)	<0,001
Colangitis	12,8	3,9	3,26 (1,98 - 5,37)	<0,001
Septicemia	10,7	3,3	3,25 (1,88 - 5,61)	<0,001
Coledocolitiasis	9,5	3,3	2,88 (1,65 - 5,01)	<0,001



RR = risk ratio

Conclusiones

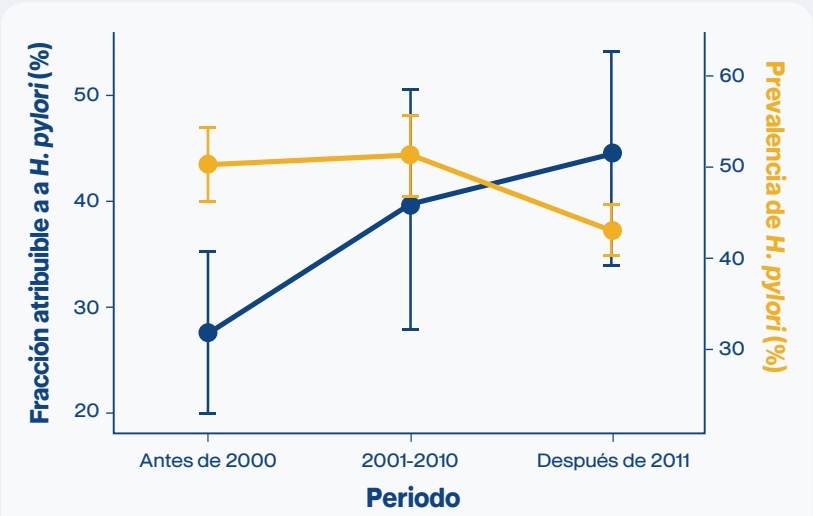
Los autores concluyeron que **en los pacientes con EII sometidos a CPRE la exposición a agonistas de GLP-1 se asoció con menor riesgo de pancreatitis, colangitis, sepsis y coledocolitiasis tras el procedimiento, lo que apoya la teoría de que estos medicamentos pueden conferir beneficios metabólicos o antiinflamatorios protectores en el escenario de la CPRE.**

5 Tendencia temporal del cáncer gástrico atribuible a infección por *Helicobacter pylori*

Dr. Yunhao Li Hong Kong, China

H. pylori es el principal carcinógeno involucrado en el cáncer gástrico, pero debido a su prevalencia decreciente y a las transformaciones socioeconómicas recientes se ignora si ha habido cambios en la fracción de cánceres gástricos atribuibles a este microorganismo. Este metanálisis de 81 estudios encontró que la proporción de casos de cáncer gástrico atribuibles a *H. pylori* ha aumentado significativamente en las últimas décadas, de 27,5% antes del año 2.000 a 44,3% en la última década, a pesar de la prevalencia decreciente del microorganismo (**figura 5**).

Figura 5. Proporción de casos de cáncer gástrico atribuibles a *H. pylori* y prevalencia del microorganismo



Conclusiones

Los autores concluyeron que **la carga global de cáncer gástrico atribuible a *H. pylori* ha venido aumentando progresivamente en las últimas décadas a pesar de la reducción global de la prevalencia del microorganismo y que esta carga se concentra desproporcionadamente en las áreas de menor nivel socioeconómico y condiciones sanitarias subóptimas.**

6 Factores de riesgo modificables en el cáncer colorrectal post-colonoscopia

Dr. Yue Ma Tianjin, China

El cáncer colorrectal post-colonoscopia puede surgir de lesiones no detectadas o de tumores rápidamente progresivos tras el procedimiento. Estudios previos han evaluado los potenciales problemas de calidad del procedimiento, pero se desconoce la posible influencia de los factores de riesgo modificables. Este

estudio prospectivo de 114.096 profesionales de la salud sometidos a colonoscopia en el año anterior sin detección de cáncer colorrectal encontró que el tabaquismo y el índice de masa corporal se asociaron significativamente con el riesgo de cáncer colorrectal post-colonoscopia, especialmente después de 4 años (**figura 6**). Además, el consumo de carnes rojas previo a la colonoscopia aumentó el riesgo y el consumo de ácidos grasos omega-3 redujo el riesgo de cáncer colorrectal post-colonoscopia.

Figura 6. Impacto del tabaquismo y el índice de masa corporal sobre el riesgo de cáncer colorrectal post-colonoscopia

	Antes de la colonoscopia			Después de la colonoscopia		
	CCR-PC total	CCR-PC < 4 años	CCR-PC ≥ 4 años	CCR-PC total	CCR-PC < 4 años	CCR-PC ≥ 4 años
	Hazard ratio			Hazard ratio		
Tabaquismo (por cada 15 años-paquete)	1,13**	1,16*	1,11*	1,13***	1,13	1,14**
IMC (por cada 5 kg/m²)	1,25***	1,15*	1,31***	1,19***	1,15	1,21**

CCR-PC = cáncer colorrectal post-colonoscopia; IMC = índice de masa corporal

Conclusiones

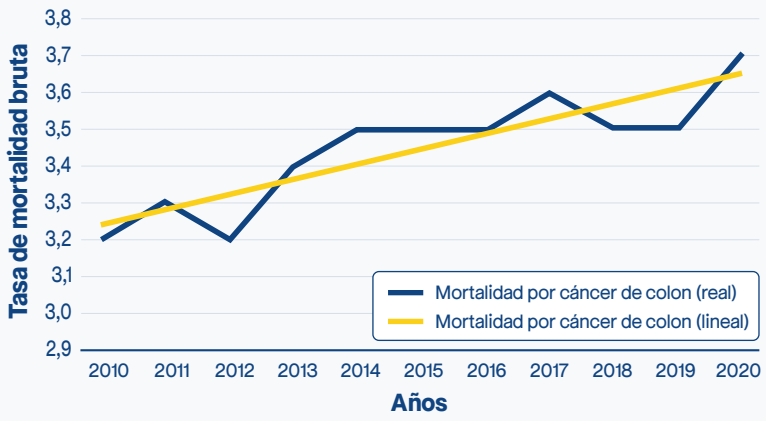
Los autores concluyeron que **el tabaquismo y el índice de masa corporal son factores de riesgo modificables asociados con el riesgo de cáncer colorrectal post-colectomía.**

7 La mortalidad por cáncer colorrectal está aumentando en los adultos de 35-44 años

Dr. Kartik Sampath Nueva York, Estados Unidos

Los adultos de 35 a 44 años están por debajo del umbral de edad para el inicio de la tamización del cáncer colorrectal. Este estudio retrospectivo, que usó la base de datos WONDER de los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos, encontró que la tasa de mortalidad por cáncer colorrectal en esta población aumentó en 15,6% entre 2010 y 2020, pasando de 3,2 a 3,7 x 100.000 personas este periodo (**figura 7**).

Figura 7. Mortalidad por cáncer colorrectal entre 2010 y 2020 en los Estados Unidos



Conclusiones

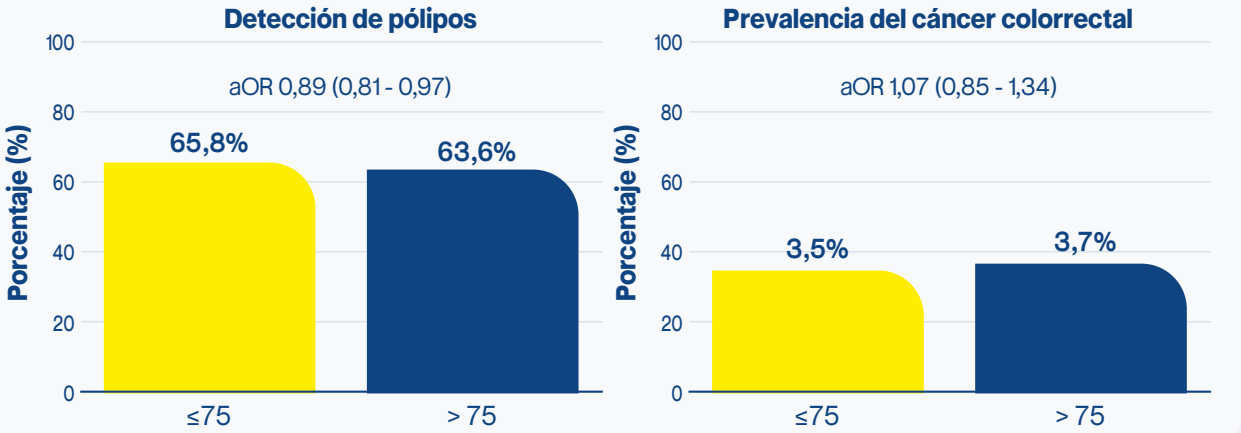
Los autores concluyeron que **la mortalidad por cáncer colorrectal está amentando en los adultos de 35-44 años y que los umbrales actuales para la tamización pueden pasar por alto individuos en riesgo, por lo que pueden considerarse estrategias de detección temprana basadas en el riesgo individual.**

8 Impacto de continuar la vigilancia con colonoscopia después de los 75 años de edad

Dra. Anesha Sarkar Washington, Estados Unidos

Las guías actuales de manejo recomiendan continuar la vigilancia con colonoscopia para la detección de pólipos y cáncer colorrectal después de los 75 años de edad, pero hay escasa evidencia acerca de si esto proporciona un beneficio clínico adicional. Este estudio retrospectivo de 16.653 sometidos a colonoscopia encontró que la tasa de detección de pólipos y cáncer colorrectal fue similar en los pacientes menores y mayores de 75 años (**figura 8**).

Figura 8. Tasa de detección de pólipos y cáncer colorrectal en pacientes menores y mayores de 75 años



aOR = odds ratio ajustado

Conclusiones

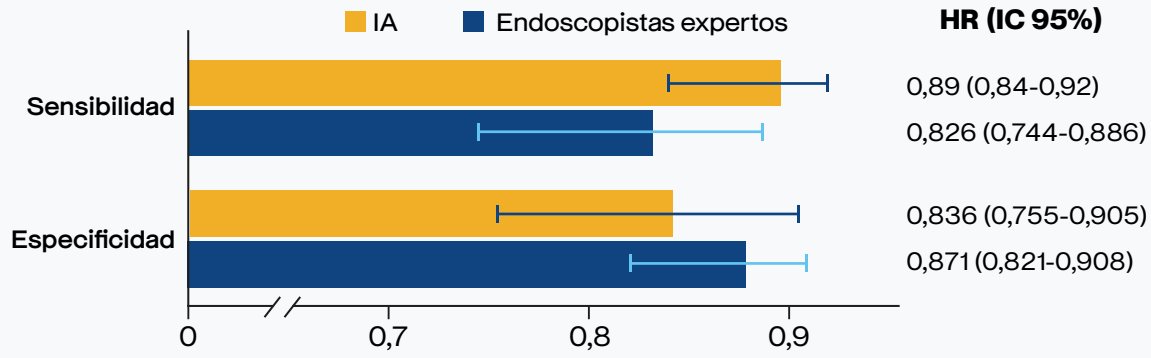
Los autores concluyeron que **continuar la vigilancia con colonoscopia después de los 75 años no aumenta significativamente la detección de pólipos o cáncer colorrectal, lo que soporta una toma de decisiones individualizada basada en los factores de riesgo, las comorbilidades, la expectativa de vida y los riesgos del procedimiento.**

9 Inteligencia artificial (IA) vs. endoscopistas expertos en la detección del carcinoma escamocelular esofágico (CECE): resultados de un metanálisis

Dra. Anesha Sarkar Washington, Estados Unidos

La endoscopia asistida por IA ha surgido como un método para mejorar el reconocimiento del CECE, pero su precisión en comparación con los endoscopistas expertos no es clara. Este metanálisis de 18 estudios encontró que la IA tuvo consistentemente una mayor sensibilidad que los expertos, mientras que los expertos tuvieron consistentemente una mayor especificidad (**figura 9**). Los estudios que integraron la IA como una herramienta auxiliar mostraron que ésta mejoró el desempeño de los endoscopistas expertos.

Figura 9. Sensibilidad y especificidad de la IA y los endoscopistas expertos en la detección del CECE en tiempo real



Conclusiones

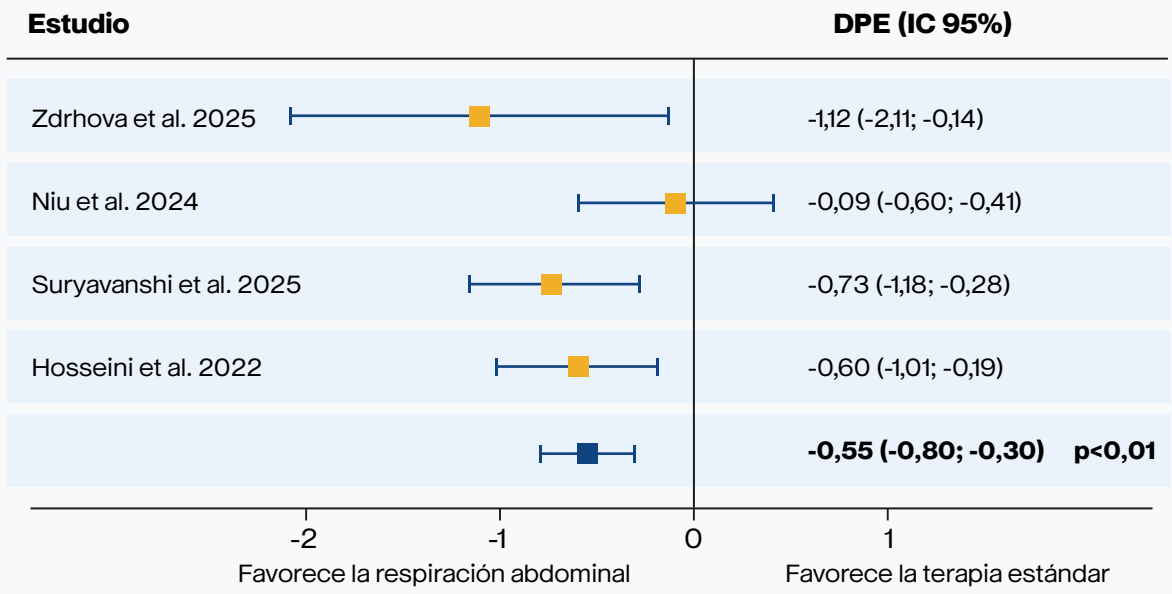
Los autores concluyeron que **los sistemas asistidos por IA tienen una elevada precisión diagnóstica para la detección del CECE, superando en sensibilidad a los expertos, aunque los expertos mantienen una especificidad superior. Esto indica que combinar la IA con la interpretación de los expertos puede optimizar la detección del CECE en tiempo real.**

10 Eficacia de los ejercicios de respiración abdominal en el tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE): resultados de un metanálisis

Dr. Omar Abureesh Nueva York, Estados Unidos

Los ejercicios de respiración abdominal fortalecen el diafragma y, en consecuencia, tienen el potencial para mejorar el tono del esfínter esofágico inferior y reducir el reflujo ácido. Este metanálisis de cuatro estudios con 257 pacientes encontró que los protocolos de respiración abdominal produjeron una mejoría superior de los síntomas, evaluados con el Cuestionario de la ERGE (GerdQ), en comparación con el tratamiento estándar (**figura 10**).

Figura 10. Cambio en el puntaje del cuestionario GerdQ en pacientes con ERGE tratados con ejercicios de respiración abdominal o terapia estándar



DPE = diferencia promedio estándar

Conclusiones

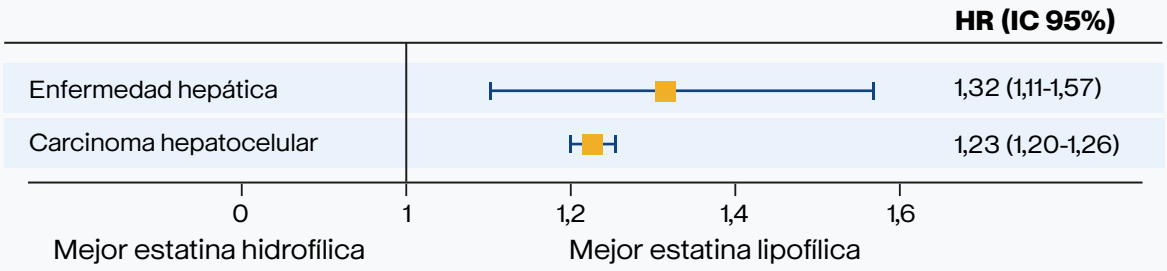
Los autores concluyeron que **este metanálisis muestra que los ejercicios de respiración abdominal prometen ser benéficos en el tratamiento de la ERGE, por lo que se requieren estudios clínicos grandes con técnicas de respiración estandarizadas para fortalecer la evidencia y facilitar su integración en la práctica clínica.**

11 Las estatinas lipofílicas se asocian con menor riesgo de enfermedad hepática y carcinoma hepatocelular en pacientes con diabetes

Dr. Sima Fansa Cleveland, Ohio, Estados Unidos

Las estatinas han mostrado un efecto protector contra el carcinoma hepatocelular y estudios recientes han mostrado que la lipofilia puede influenciar estas propiedades preventivas. Este estudio retrospectivo de más de 1,3 millones de pacientes diabéticos encontró que el uso de estatinas lipofílicas (ej. atorvastatina, simvastatina, lovastatina) se asoció con un menor riesgo de enfermedad hepática y carcinoma hepatocelular en comparación con el uso de estatinas hidrofílicas (ej. rosuvastatina, pravastatina) (**figura 11**).

Figura 11. Riesgo de enfermedad hepática y carcinoma hepatocelular en pacientes diabéticos tratados con estatinas lipofílicas o hidrofílicas



Conclusiones

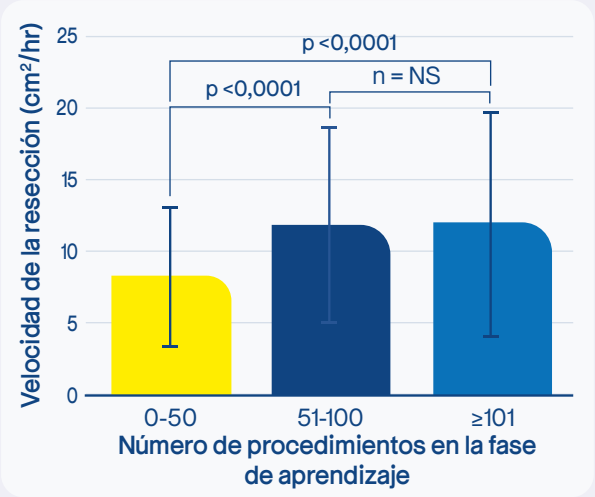
Los autores concluyeron que **estos hallazgos indican que la lipofilia de las estatinas afecta su capacidad para prevenir desenlaces hepáticos específicos y que esto puede deberse parcialmente a una inhibición más potente de las vías implicadas en la fibrogénesis y la carcinogénesis, aunque se requieren más estudios para evaluar si los factores específicos del paciente afectan la efectividad comparativa.**

12 Curva de aprendizaje de la disección submucosa endoscópica (DSE) colorrectal: resultados de una revisión sistemática

Dr. Alexander Grieme Round Rock, Texas, Estados Unidos

La DSE colorrectal es una técnica mínimamente invasiva que permite la resección en bloque de lesiones premalignas y malignas tempranas. La curva de aprendizaje empinada y la falta de entrenamiento estandarizado

Figura 12. Velocidad de la resección en tres fases de aprendizaje de la DSE colorrectal



son barreras para su adopción. Esta revisión sistemática de cinco estudios con 1.614 procedimientos de DSE colorrectal, diseñada para analizar el número de procedimientos requeridos para alcanzar la suficiencia, encontró que la velocidad promedio de la resección aumentó significativamente con la experiencia, particularmente después de los primeros 50 casos (**figura 12**). El número de casos necesario para superar una velocidad de 9 cm²/hora osciló entre 36 y 120.

Conclusiones

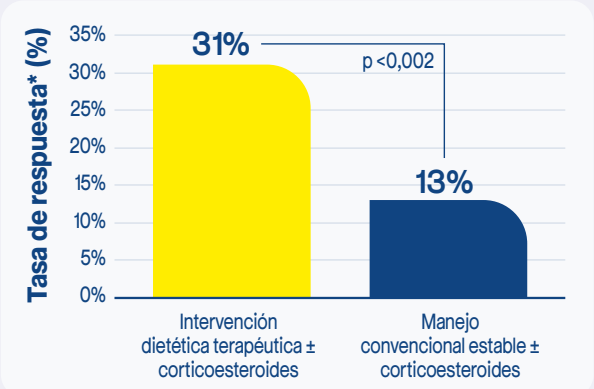
Los autores concluyeron que **la suficiencia en la práctica de la DSE colorrectal se alcanza típicamente con cerca de 100 procedimientos y que la obtención de las habilidades claves se da entre 50 y 100 procedimientos.**

13 Beneficios de una intervención dietética terapéutica en la enfermedad de Crohn (EC)

Dra. Natasha Haskey Calgary, Alberta, Canadá

La EC continúa imponiendo una morbilidad sustancial a los pacientes a pesar de los avances terapéuticos y hasta 50% de los pacientes no obtienen una respuesta adecuada a la inmunoterapia. Este estudio aleatorizado y controlado de 13 semanas exploró los efectos de una intervención dietética terapéutica (rica en polifenoles, betacaroteno, fibra soluble, almidón resistente y flavonoides; libre de alimentos ultraprocesados y aditivos) en 66 pacientes con EC leve a moderada y biomarcadores elevados. Los resultados mostraron que la proporción de respondedores fue significativamente mayor en el grupo que recibió la intervención dietética terapéutica además del manejo convencional (**figura 13**). La intervención dietética terapéutica también produjo un cambio de la microbiota intestinal hacia un perfil más fermentativo.

Figura 13. Respuesta a una intervención dietética terapéutica en pacientes con EC



*Respuesta definida como una reducción de la calprotectina fecal >100 µg/g y una reducción del índice de Harvey Bradshaw.

Conclusiones

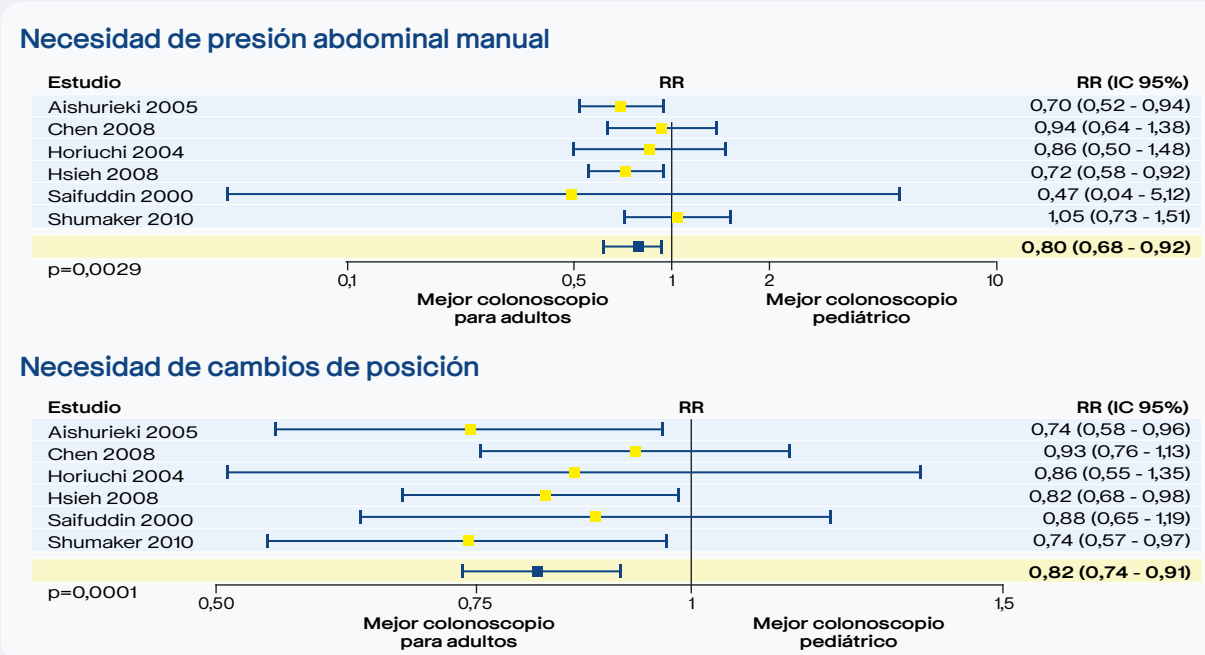
Los autores concluyeron que **la intervención dietética terapéutica es un tratamiento efectivo que mejora los desenlaces clínicos, reduce la inflamación y mejora la integridad de la barrera intestinal en los pacientes con EC. Estos hallazgos sugieren que la intervención dietética terapéutica debe posicionarse no solo como terapia de soporte sino como un tratamiento biológicamente activo.**

14 Eficacia y seguridad de un colonoscopio pediátrico o para adultos en los pacientes adultos: resultados de un metanálisis

Dr. EzzElDien Ibrahim Columbia, Missouri, Estados Unidos

Se ha propuesto que el calibre del colonoscopio influencia parámetros claves del desempeño en la colonoscopia. Este metanálisis de 12 estudios con 9,449 pacientes adultos encontró que las tasas de intubación del ciego (RR 0,99; IC 95% 0,97-1,01; p = 0,51) y el íleon terminal (RR 0,97; IC 95% 0,83-1,12; p = 0,66) fueron similares con los colonoscopios pediátricos o para adultos. Sin embargo, los colonoscopios para adultos se asociaron con una menor necesidad de presión abdominal manual y cambios de posición en comparación con los colonoscopios pediátricos (**figura 14**). La tasa de eventos adversos fue similar con ambos tipos de colonoscopio (RR 1,33; IC 95% 0,26-6,73; p = 0,73).

Figura 14. Necesidad de presión abdominal manual y cambios de posición con los colonoscopios para adultos vs. los colonoscopios pediátricos



RR = risk ratio

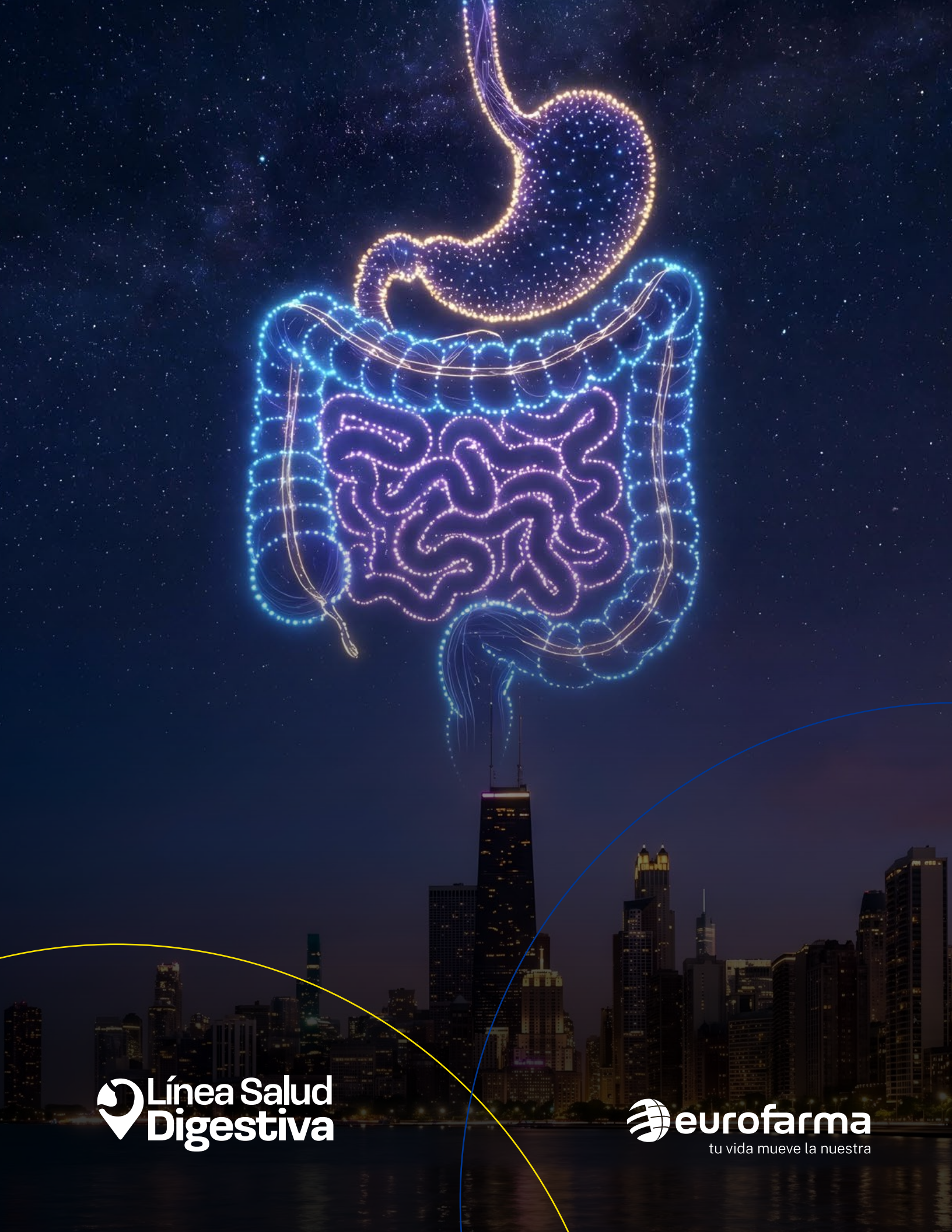
Conclusiones

Los autores concluyeron que **los colonoscopios pediátricos y para adultos tienen eficacia y seguridad comparables en los adultos, pero los colonoscopios para adultos requieren menos maniobras para su inserción. Estos hallazgos respaldan el uso rutinario de los colonoscopios para adultos, reservando los colonoscopios pediátricos para los casos técnicamente difíciles.**

Hable con nosotros
https://callto.eurofarma.com.br:5001/callus cliente.gt@eurofarma.com

eurofarma
tu vida mueve la nuestra

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., 2026. "Información Médica Actualizada" ISSN 1657-5970.


Línea Salud Digestiva
eurofarma
tu vida mueve la nuestra