

Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento de la dispepsia. Epidemiología, definición, clasificación

Coordinadora: Dra. María Victoria Bielsa-Fernández

Participantes: Dr. Jaime Aguilera-Carrera, Dr. Martín Antonio Manrique, Dr. Alejandro García-Dávalos, Dr. Alejandro Llano-Gutiérrez, Dr. Horacio Mejía-Gutiérrez, Dr. Jesús E. Armenta-Yaumer

¿CÓMO SE DEFINE LA DISPEPSIA?

Todas las definiciones son arbitrarias, obtenidas por consenso.

Dispepsia

Uno o más síntomas localizados en la parte central del hemiabdomen superior. Éstos incluyen dolor, molestia, distensión, saciedad temprana, plenitud tardía, eructos, náusea o vómito y pueden ser continuos o intermitentes.¹⁻³

Dispepsia no estudiada

Se refiere a los pacientes con dispepsia que no han sido sometidos a estudios diagnósticos.

Dispepsia orgánica

Se refiere a los pacientes con dispepsia que han sido sometidos a estudios diagnósticos, comprobándose patología orgánica, sistémica y/o metabólica.

Dispepsia funcional

Se refiere a los pacientes con dispepsia sin evidencia de patología orgánica, sistémica y/o metabólica.

¿CUÁL ES LA EPIDEMIOLOGÍA EN MÉXICO Y EN OTROS PAÍSES?

La dispepsia es un padecimiento común y su prevalencia varía en distintas partes del mundo.

Dispepsia no estudiada

Aproximadamente 5 a 54% de la población mundial presenta síntomas de dispepsia, predominando en el género femenino con una relación de 2:1.³⁻⁸

Existen pocos datos publicados sobre la incidencia de la dispepsia; un estudio menciona que es de 1% en tres meses.³ En el estudio más reciente fue de 18% en 10 años (1.8% por año).⁵

Dispepsia funcional

La prevalencia reportada a nivel mundial es de 11.5 a 14.7 %.³ En México, en un estudio de pacientes de primera vez atendidos en consultorios de gastroenterólogos, la frecuencia relativa fue de 8.5% con rango de edades de 37.9 ± 15 años, también predominando en el género femenino (65.5%), con una relación 1.6:1.⁹

CLASIFICACIÓN DE ROMA III VS. ANTERIORES CLASIFICACIONES, RECOMENDACIONES PARA MÉXICO

Debido a la falta de validación de la clasificación y los criterios diagnósticos de Roma III, por su reciente publicación,¹ recomendamos continuar con la clasificación de Roma II¹⁰ excepto en lo que se refiere al tiempo de evolución.

REFERENCIAS

1. Tack J, Talley NJ, Camilleri M, Holtmann G, Pinjin Hu, Malagelada JR, Stanghellini V. Functional Gastrointestinal Disorders. *Gastroenterology* 2006; 130: 1466-79.
2. Tack J, Bisschops R, Sarnelli G. Pathophysiology and treatment of functional dyspepsia. *Gastroenterology* 2004; 127: 1239-55.
3. El-Serag HB, Talley NJ. The prevalence and clinical course of functional dyspepsia. *Aliment Pharmacol Ther* 2004; 19: 643-54.
4. Ford AC, Forman D, Bailey AG, et al. Initial poor quality of life and new onset of dyspepsia: results from a longitudinal 10-year follow-up study. *Gut* 2007; 56: 321-7.
5. Talley NJ, Zinsmeister AR, Schleck CD, et al. Dyspepsia and dyspepsia subgroups: a population based study. *Gastroenterology* 1992; 102: 1259-68.
6. Agreus L, Svarsdudd K, Nyren O, et al. Irritable bowel syndrome and dyspepsia in the general population: overlap and lack of stability over time. *Gastroenterology* 1995; 109: 671-80.
7. Heading RC. Prevalence of upper gastrointestinal symptoms in the general population: a systematic review. *Scand J Gastroenterol* 1999; 231(Suppl.): 3-8.

8. Stanghellini V. Three-month prevalence rates of gastrointestinal symptoms and the influence of demographic factors: results from the Domestic/International Gastroenterology Surveillance Study (DIGEST). *Scand J Gastroenterol* 1999; 231(Suppl.): 20-8.
9. Santoyo R, Nogueira JR. Grupo Mexicano de estudio de Los Trastornos Funcionales Digestivos 29 Abril 2000. México D.F. Estudio No publicado.
10. Talley NJ, Stanghellini V, Heading RC, Koch KL, Malagelada JR, Tytgat GNJ. Functional gastroduodenal disorders. *Gut* 1999; 45(Suppl. II): 37-42.