

Revista Médica del IMSS

Volumen **41**
Volume

Suplemento **1**
Supplement




2003

Artículo:




Guía clínica para la atención de la dispepsia funcional

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Instituto Mexicano del Seguro Social

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)

Guía clínica para la atención de la dispepsia funcional

Mario Alberto
Oviedo Mota,[†]
Guillermo
Galindo Mendoza,¹
Rocío Ángeles Cruz²

[†]Médico familiar
¹Hospital General
de Zona 1A
Los Venados,
²Unidad
de Medicina Familiar 15

Los autores están
adscritos a la
Delegación 4 Suroeste,
Distrito Federal

Instituto Mexicano
del Seguro Social

Comunicación con:
Hortensia
Reyes Morales.
Tel.: 5627 6900,
extensión 5407.
Fax: 1054 6382.

Dirección electrónica:
hortensia.reyes@imss.gob.mx

RESUMEN

La dispepsia funcional es la molestia o el dolor persistente localizado en la parte alta del abdomen, sin que exista evidencia de enfermedad orgánica que explique los síntomas. La aplicación de los criterios clínicos permite al médico realizar el diagnóstico de la enfermedad, uno de los trastornos más frecuentes en la práctica de medicina familiar. El objetivo de esta guía es proponer acciones para el diagnóstico y tratamiento inicial de los pacientes que se presentan con datos de dispepsia en el primer nivel de atención. Para la elaboración de la guía se consultaron las evidencias desde 1990 a 2002, en Cochrane Library y Medline; se llevó a cabo búsqueda dirigida de las guías para la práctica clínica publicadas en diferentes páginas electrónicas. Se presentan recomendaciones para el diagnóstico diferencial con las principales patologías y para el tratamiento, con alternativas accesibles al médico de atención primaria.

SUMMARY

Dyspepsia is a common cause of visits to primary-care clinics and is characterized by epigastric pain or discomfort unaccompanied by evidence of other diseases that explain the symptoms. To streamline the medical care process, evidence-based practice guidelines to treat dyspepsia were developed. The structure of the guidelines is based on the sequence of daily clinical decision-making. It includes recommendations for differential diagnosis and treatment, emphasizing alternatives that are accessible to primary-care practitioners. The guidelines are based on published evidence registered in the Cochrane Library and Medline databases between 1990 and 2002, as well as on clinical guidelines published on different Internet sites.

Introducción

Objetivo

Esta guía propone acciones para la investigación inicial y el tratamiento empírico de los pacientes que se presentan con datos de dispepsia en el primer nivel de atención.

Usuarios de la guía

La guía está dirigida a médicos del primer nivel de atención.

Población blanco

Hombres y mujeres, adolescentes y adultos.

Definiciones operativas

La dispepsia funcional es la molestia o el dolor persistente localizado en la parte alta del abdomen, sin que exista evidencia de enfermedad orgánica que explique los síntomas. La aplicación de los criterios clínicos permite al médico realizar el diagnóstico de la enfermedad. Para efectos de esta guía definimos como

Palabras clave

- ✓ dispepsia
- ✓ padecimientos gastroduodenales
- ✓ dispepsia sin úlcera

Keywords

- ✓ dyspepsia
- ✓ gastroduodenal disorders
- ✓ nonulcer dyspepsia

molestia la sensación desagradable, no dolorosa, que puede estar caracterizada o asociada con un número de síntomas que incluyen la sensación de plenitud gástrica, la saciedad temprana, la distensión abdominal y la náusea.¹

Cuadro I
Signos de alarma para cáncer gástrico en el paciente con dispepsia

Datos para el interrogatorio	Probable diagnóstico	Frecuencia
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Es el paciente mayor de 50 años de edad? ▪ ¿El paciente ha presentado pérdida de peso reciente en forma significativa? ▪ ¿Tiene el paciente dificultad para tragar los alimentos? ▪ ¿El paciente ha estado vomitando? ▪ ¿El paciente tiene historia de melena? ▪ ¿El paciente es fumador? 	Cáncer gástrico	Menos de 2%

Cuadro II
Síntomas para sospechar enfermedad por reflujo gastroesofágico

Datos para el interrogatorio	Probable diagnóstico	Frecuencia
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Sensación de quemadura retroesternal o eructos? ▪ ¿Los síntomas empeoran cuando está acostado? ▪ ¿El paciente tiene tos crónica o ronquera? 	Enfermedad por reflujo gastroesofágico	5 a 15 %

- Se consultó Cochrane Library, en donde se buscaron las revisiones sistemáticas; en el registro de investigaciones controladas, los ensayos clínicos relacionados con dispepsia.
- En Medline fueron consultados los ensayos clínicos controlados publicados después de la fecha de las revisiones sistemáticas localizadas en Cochrane Library. Posteriormente se extrajeron todos los artículos sin importar la metodología seguida en el estudio.
- Se realizó una búsqueda dirigida de las guías para la práctica clínica que existieran publicadas en las diferentes páginas electrónicas. Se identificaron cinco revisiones sistemáticas en Cochrane Library; tres ensayos clínicos en el registro de investigaciones controladas, treinta y siete artículos en la base de datos Medline (las palabras clave estaban en el título del artículo). Fueron identificadas cuatro guías clínicas para dispepsia en general. El material localizado fue reproducido y entregado para su lectura individual a cada uno de los elementos del grupo constructor de la guía. La selección de los artículos para la decisión de su inclusión final fue realizada por discusión entre los elementos del grupo, con base en los criterios de las guías para los usuarios de la literatura médica publicados en JAMA entre 1993 y 2000.

Anotaciones al algoritmo

La numeración arábica consecutiva que aparece en el algoritmo de la guía clínica identifica la secuencia de los conceptos que sustentan las recomendaciones que aparecen a continuación. Los números romanos entre paréntesis en el texto refieren al lector a la sección de la nota editorial, donde se explica el tipo de evidencia publicada que apoya las recomendaciones emitidas en cada guía clínica.

Selección de las evidencias

La selección de los artículos para la construcción de esta guía se realizó de la siguiente manera:

Las palabras clave para la búsqueda fueron: *dyspepsia*, *functional dyspepsia*, *gastro-duodenal disorders*, *nonulcer dyspepsia* y *functional gastrointestinal disorders*. La revisión fue realizada a partir del año de 1990 hasta 2002.

1. *Signos de alarma en el paciente con dispepsia*: en todos los pacientes con esta condición se debe investigar la presencia de signos de alarma (cuadro I) que justifiquen el envío al segundo nivel de atención para evaluación clínica y endoscópica (III).²
2. *Enfermedad por reflujo gastroesofágico*: la presencia de los síntomas de sensación de

quemadura retroesternal o regurgitación no asegura que exista la enfermedad por reflujo gastroesofágico (cuadro II). Sin embargo, la ausencia de estos síntomas es altamente confiable para descartar la enfermedad (III).³

Si bien los síntomas de quemadura retroesternal o regurgitación en la mayoría de las veces tiene un fondo funcional, también pueden ser explicables por alteraciones orgánicas como la hernia hiatal; en cualquiera de los casos, está justificado el inicio del tratamiento farmacológico. Los medicamentos recomendados son procinéticos como la metoclopramida, la cual se indica a dosis preprandial de 10 mg combinada con ranitidina a 150 mg cada 12 horas, ambas por vía oral por ocho a doce semanas (Ia).⁴

Comúnmente se recomienda al paciente que realice modificaciones en su estilo de vida, sin embargo, los estudios al respecto no son concluyentes. Las indicaciones de la elevación de la cama en el área de la cabeza y la reducción del peso corporal pueden ser útiles en el paciente con enfermedad por reflujo gastroesofágico severo (III).⁵

Se han identificado factores que exacerban los síntomas, como las comidas con exceso de grasa que pueden retrasar el vaciamiento gástrico (III).²

3. *Uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINES):* la identificación a través del interrogatorio del uso de AINES merece una consideración especial en el abordaje del paciente con dispepsia. Los informes de las investigaciones en este aspecto establecen que no hay diferencias en la eficacia clínica cuando se comparan los diferentes fármacos, ni mayor beneficio al incrementar las dosis. En cuanto a los efectos gastrointestinales adversos, se ha demostrado que el riesgo aumenta con dosis mayores. En el cuadro III se agrupan los AINES de acuerdo con su riesgo potencial de efectos secundarios gastrointestinales (I).⁶

La utilización reciente de antiinflamatorios inhibidores selectivos de COX2 se ha acompañado de menor frecuencia de efectos adversos gastrointestinales.

En el tratamiento del paciente con enfermedad articular crónica se deberá evaluar la posibilidad de suspender otros AINES y valorar sustituirlo por paracetamol para el con-

trol del dolor, o bien, el cambio de medicamento por uno de menor riesgo para el desarrollo de efectos adversos (cuadro III). De no ser posible la suspensión del medicamento, se ha documentado mayor protección con la utilización de ranitidina a dosis de 300 mg cada 12 horas (Ia);⁷ en caso de evolución no satisfactoria a las cuatro semanas, los pacientes deben ser referidos al segundo nivel ante la posibilidad de la asociación con *Helicobacter pylori* (Ia).⁸

Cuadro III
Riesgo de efectos adversos gastrointestinales de acuerdo con el tipo de antiinflamatorio no esteroideo

Grado de riesgo	Medicamento	Dosis terapéutica
Bajo	Ibuprofeno*	200 mg cada 4 o 6 horas
	Diclofenaco	100 mg cada 12 o 24 horas
Intermedio	Naproxén	500 a 1500 mg en 24 horas
	Indometacina	25 a 50 mg cada 8 horas
	Aspirina	500 mg cada 4 u 8 horas
	Sulindac*	400 mg en 24 horas (1 o 2 tomas)
Alto	Piroxicam	20 mg después del desayuno
	Ketoprofeno*	100 mg cada 8 horas

*Medicamentos no disponibles en el primer nivel de atención del IMSS

4. *Otras causas posibles del dolor:* el interrogatorio y el examen físico inicial (cuadro IV) permiten al clínico descartar si los datos de dispepsia se deben a otras patologías del tubo digestivo alto, manifestaciones de enfermedad de otra naturaleza o efectos adversos originados por los medicamentos (III).^{2,9} En las úlceras gástricas y duodenales se ha documentado la presencia de *Helicobacter pylori* en 60 y 80 % de los casos respectivamente; en el resto, el principal factor asociado es la ingesta de antiinflamatorios no esteroideos. Sin embargo, la prevalencia de *Helicobacter pylori* en los pacientes con dispepsia funcional es semejante a la de la población general, por lo que existe controversia sobre el papel del microorganismo como responsable de los síntomas en estos casos (III).^{2,9}

5. *Terapia inicial antisecretora:* en los pacientes con sospecha de dispepsia funcional la propuesta es iniciar el manejo con ranitidina a dosis de 150 mg cada 12 horas por seis a ocho semanas; una alternativa terapéutica es el uso de procinéticos como la metoclopramida a dosis de 10 mg cada 8 horas. El uso de antiácidos como el gel de aluminio y magnesio es de poca ayuda (III).⁹ Si no se observa mejoría de los síntomas a las ocho semanas, se debe considerar el envío al segundo nivel para la valoración y tratamiento del paciente (III).²

facultades para tratar a ciertos pacientes, las intervenciones psicológicas pueden ser apropiadas en casos seleccionados, dependiendo de la disponibilidad local (III).²

En la investigación de la dispepsia la serie esófago-gastroduodenal ha mostrado una sensibilidad de 70 % cuando se emplea la técnica de doble contraste; sin embargo, existe variación en esta sensibilidad que depende directamente del lugar donde se realiza el estudio y su utilidad es notoriamente menor en relación con la endoscopia, cuya sensibilidad puede alcanzar 96 % (III).⁵

Comentarios adicionales


Las intervenciones para las terapias en grupo e individual han mostrado ser benéficas en el corto plazo para el tratamiento de los pacientes con dispepsia funcional. En el largo plazo el efecto de estas intervenciones no es claro. Dadas las di-

Referencias

1. Talley NJ, Stanghellini V, Heading RC, Koch KL, Malagelada JR, Tytgat GN. Functional gastro-duodenal disorders. Gut 1999;45(Suppl 2):II37-II42.

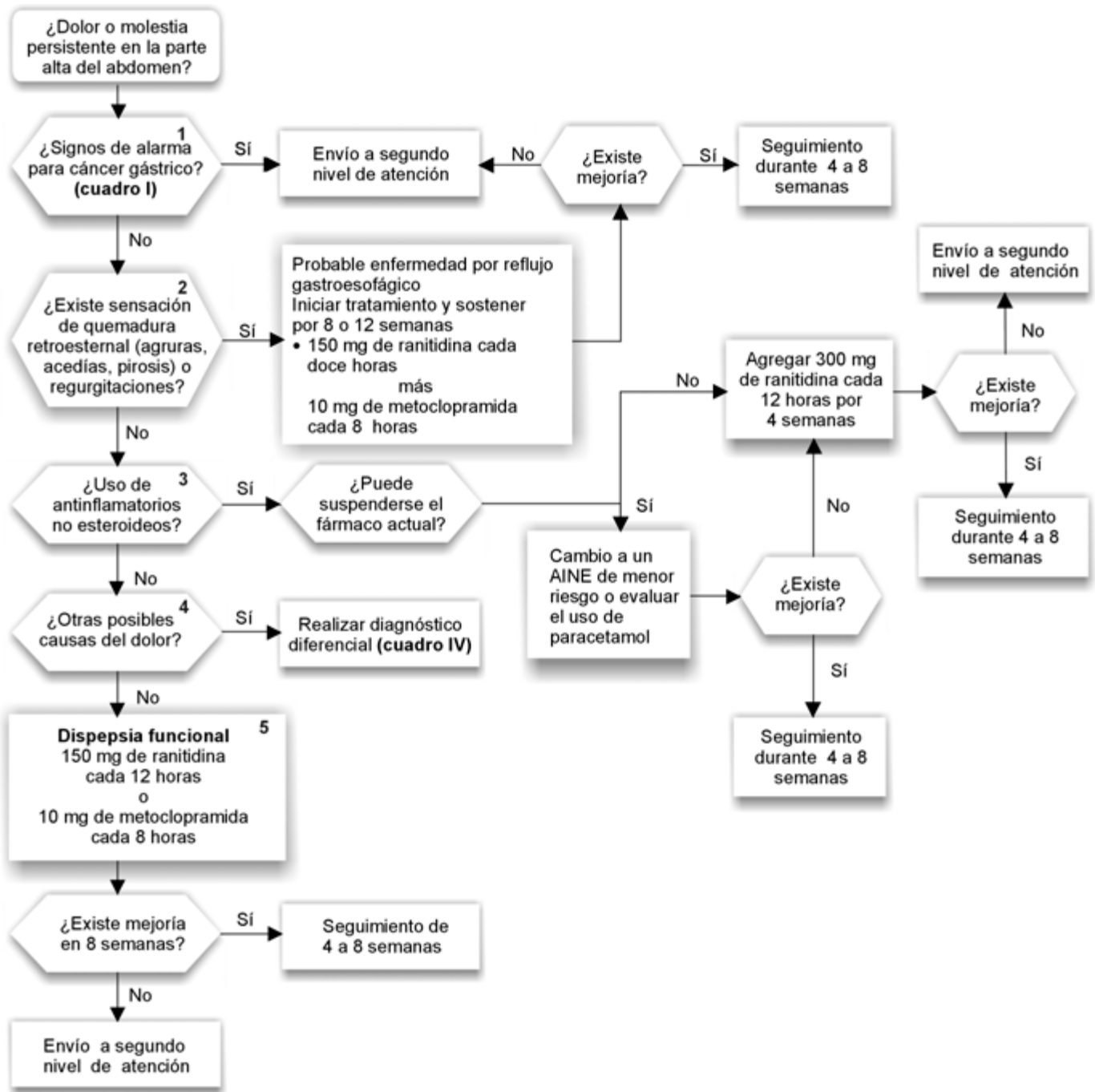
Cuadro IV
Otras posibles causas de dolor en la parte alta del abdomen

Datos para el interrogatorio	Probable diagnóstico	Frecuencia
¿Antecedentes personales de úlcera? ¿Antecedentes familiares de úlcera? ¿El paciente reporta melena? ¿El paciente es fumador?	Úlcera gástrica o duodenal	15 a 25 %
¿El paciente reporta historia de ictericia? ¿Antecedente de coluria? ¿Ocurre el dolor posterior a la ingesta de alimentos? ¿El dolor se asocia con alimentos?	Enfermedad del tracto biliar	Raro
¿El dolor está asociado con trastornos en el hábito intestinal? ¿Se alivia el dolor con la defecación?	Colon irritable	Raro
¿Tiene el paciente antecedente de diabetes mellitus, hipertiroidismo, hipotiroidismo o hiperparatiroidismo?	Desórdenes metabólicos	Raro
¿Está el paciente tomando medicamentos asociados comúnmente con dispepsia? Ejemplo: metformin, acarbosa, eritromicina, teofilina, hierro, potasio y alendronato	Asociado al uso de medicamentos	Raro

2. Talley N, Phung N, Kalantar J. ABC of the upper gastrointestinal tract, indigestion: when is it functional. *BMJ* 2001; 323:1294-1297.
3. Klauser AG, Schindlbeck NE, Muller-Lissner SA. Symptoms in gastro-esophageal reflux disease. *Lancet* 1990;335(8683):205-208.
4. Soo S, Maoyyedi P, Deeks J, Delaney B, Innes M, Forman D. Pharmacological interventions for non-ulcer dyspepsia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2002.
5. Veldhuyzen van Zanten S, Flook N, Chiba N, Armstrong D, Barkun A, Bradette M, Thomson A, Bursley F, Blackshaw P, Frail D, Sinclair P. An evidence-based approach to the management of uninvestigated dyspepsia in the era of *Helicobacter pylori*. *CMAJ* 2000;162(Suppl 12):S3-S23.
6. Gotzche P. Extracts from Clinical Evidence Non-steroidal antiinflammatory drugs. *BMJ* 2000;320: 1058-1061.
7. Rostom A, Wells G, Tugwell P, Welch V, Dube C, McGowan J. The prevention of chronic NSAID induced upper gastrointestinal toxicity: a Cochrane Collaboration metaanalysis of randomized controlled trials. *J Reum* 2000;27(9):2203-2214.
8. Huang JQ, Srihar S, Hunt RH. Role of *Helicobacter pylori* infection and non-steroidal antiinflammatory drugs in peptic ulcer disease: a metaanalysis. *Lancet* 2002;359(9300):3-4.
9. Bazaldúa O, Schneider F. Evaluation and management of dyspepsia. *Am Fam Phys* 1999;60:1773-1788. 

**Mario Alberto
Oviedo Mota et al.
Guía clínica
en dispepsia funcional**





AINE = antiinflamatorio no esteroideo

Algoritmo 1. Diagnóstico y tratamiento de la dispepsia funcional