

CUERPO EDITORIAL

DIRECTOR

- **Dr. Esteban Sánchez Gaitán**, Dirección de Red Integrada de Servicios de Salud Huetar Atlántica, Limón, Costa Rica.

CONSEJO EDITORIAL

- Dr. Cesar Vallejos Pasache, Hospital III Iquitos, Loreto, Perú.
- Dra. Anais López, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, Perú.
- Dra. Ingrid Ballesteros Ordoñez, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
- Dra. Mariela Burga, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, Perú.
- Dra. Patricia Santos Carlin, Ministerio de Salud (MINSA), Lima, Perú.
- Dr. Raydel Pérez Castillo, Centro Provincial de Medicina Deportiva Las Tunas, Cuba.

COMITÉ CIENTÍFICO

- Dr. Zulema Berrios Fuentes, Ministerio de Salud (MINSA), Lima, Perú.
- Dr. Gerardo Francisco Javier Rivera Silva, Universidad de Monterrey, Nuevo León, México.
- Dr. Gilberto Malpartida Toribio, Hospital de la Solidaridad, Lima, Perú.
- Dra. Marcela Fernández Brenes, Caja costarricense del Seguro Social, Limón, Costa Rica.
- Dr. Hans Reyes Garay, Eastern Maine Medical Center, Maine, United States.
- Dr. Steven Acevedo Naranjo, Saint- Luc Hospital, Quebec, Canadá.
- Dr. Luis Osvaldo Farington Reyes, Hospital regional universitario José María Cabral y Báez, Republica Dominicana.
- Dra. Caridad María Tamayo Reus, Hospital Pediátrico Sur Antonio María Béguez César de Santiago de Cuba, Cuba.
- Dr. Luis Malpartida Toribio, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao, Perú.
- Dra. Allison Viviana Segura Cotrino, Médico Jurídico en Prestadora de Salud, Colombia.
- Mg. Luis Eduardo Traviezo Valles, Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado" (UCLA), Barquisimeto, Venezuela.
- Dr. Pablo Paúl Ulloa Ochoa, Instituto Oncológico Nacional "Dr. Juan Tanca Marengo", Guayaquil, Ecuador.

EQUÍPO TÉCNICO

- Msc. Meylin Yamile Fernández Reyes, Universidad de Valencia, España.
- Lic. Margarita Ampudia Matos, Hospital de Emergencias Grau, Lima, Perú.
- Ing. Jorge Malpartida Toribio, Telefónica del Perú, Lima, Perú.
- Srta. Maricielo Ampudia Gutiérrez, George Mason University, Virginia, Estados Unidos.

EDITORIAL MÉDICA ESCULAPIO

50 metros norte de UCIMED,
Sabana Sur, San José-Costa Rica
Teléfono: 8668002
E-mail:
revistamedicasinergia@gmail.com



ENTIDAD EDITORA

SOMEA

SOCIEDAD DE MEDICOS DE AMERICA

Frente de la parada de buses Guácimo, Limón. Costa Rica
Teléfono: 8668002
Societaddemedicosdeamerica@hotmail.com
<https://somea.businesscatalyst.com/informacion.html>



Abordaje del paciente con dispepsia Approach to the adult with dyspepsia



¹Dr. Mario Andrés Chacón Segura

Investigador independiente, Alajuela, Costa Rica

<https://orcid.org/0000-0003-0859-2517>

²Dra. Diana Melissa Rojas Sancho

Investigadora independiente, Heredia, Costa Rica

<https://orcid.org/0000-0001-8339-3134>

³Dr. José Ignacio González Barrantes

Área de Salud Paquera, Puntarenas, Costa Rica

<https://orcid.org/0000-0003-0817-6273>

Recibido
14/05/2021

Corregido
20/05/2021

Aceptado
20/06/2021

RESUMEN

La dispepsia corresponde a un síndrome y no a un diagnóstico o síntoma aislado como tal. Involucra un grupo heterogéneo de síntomas localizados en el abdomen superior. Según la etiología puede ser una dispepsia orgánica o una dispepsia funcional. Todo paciente que acude por primera vez con estos síntomas se clasifica como una dispepsia no investigada. En estos casos se puede seguir 3 posibles estrategias que incluyen: la endoscopia alta, examinar y tratar por *Helicobacter pylori* o un trial de inhibidores de bomba de protones; el abordaje que se escoja dependerá de los factores de cada paciente. En el caso de la dispepsia funcional el tratamiento incluye medidas generales como cambios en la alimentación y medicamentos como los inhibidores de bomba de protones. Como todo trastorno funcional del sistema digestivo la probabilidad de recurrencia de los síntomas es alta al suspender el tratamiento, aun así, el pronóstico de la enfermedad es completamente benigno.

PALABRAS CLAVE: dispepsia; epigastralgia; *Helicobacter pylori*; inhibidores de bomba de protones; gastroenterología.

ABSTRACT

Dyspepsia corresponds to a syndrome and not to an isolated diagnosis or symptom as such. It involves a heterogeneous group of symptoms located in the upper abdomen. Depending on the etiology, it may be an organic dyspepsia or a functional dyspepsia. Any patient presenting for the first time with these symptoms is classified as uninvestigated dyspepsia. In these cases, 3 possible strategies can be followed, including: upper endoscopy, examining and treating for *Helicobacter pylori* or a proton pump inhibitor trial; the approach chosen will depend on the



factors of each patient. In the case of functional dyspepsia, treatment includes general measures such as changes in diet and medications such as proton pump inhibitors. Like any functional disorder of the digestive system, the probability of recurrence of symptoms is high when treatment is suspended, even so the prognosis of the disease is completely benign.

KEYWORDS: dyspepsia; epigastric pain; *Helicobacter pylori*; proton pump inhibitors; gastroenterology.

¹Médico general, graduado de la Universidad de Ciencias Médicas (UCIMED). Cód. [MED16091](#). Correo: marioa0894@gmail.com

²Médica general, graduada de la Universidad de Ciencias Médicas (UCIMED). Cód. [MED16075](#). Correo: dianarojas2495@gmail.com

³Médico general, graduado de la Universidad Latina de Costa Rica (U. Latina). Cód. [MED16875](#). Correo: jgonzalezbarrantes@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La dispepsia se origina del griego y significa literalmente “digestión difícil”. Sin embargo, no existe en los pacientes que sufren de una dispepsia algún tipo de problema en el proceso de la digestión de los alimentos. En la práctica clínica la dispepsia corresponde a un grupo heterogéneo de síntomas del tracto gastrointestinal alto, tales como dolor epigástrico, ardor epigástrico, saciedad temprana y plenitud molesta posprandial (1). Las causas de dispepsia pueden ser muchas tanto orgánicas como no orgánicas, por tal razón la dispepsia es más un síndrome clínico y no un diagnóstico o síntoma aislado como tal (2). El objetivo de esta revisión bibliográfica es dar a conocer las herramientas necesarias al clínico para abordar al paciente que consulta por dispepsia en base a las guías internacionales más recientes. Es importante aclarar que esta revisión se enfocará en el manejo de la dispepsia funcional o de causa no orgánica.

MÉTODO

Para la elaboración de esta revisión bibliográfica, se revisaron diferentes artículos y guías internacionales de los últimos 5 años en bases de datos como Pubmed, Uptodate, New England Journal of Medicine y buscadores como Google académico. Se trató de tener un enfoque

internacional utilizando guías tanto de occidente como de oriente para tener una visión amplia del abordaje del paciente con dispepsia. Se utilizaron un total de 15 referencias bibliográficas.

DEFINICIÓN DE LA DISPEPSIA

La dispepsia como tal no es un diagnóstico ni un síntoma aislado, corresponde a un síndrome clínico donde las causas pueden ser variadas al igual que la sintomatología. La dispepsia se define como un grupo heterogéneo de síntomas correspondientes al tracto gastrointestinal alto, manifestándose en el abdomen superior (1). Según la etiología de la dispepsia se puede clasificar en una dispepsia orgánica, en la que una enfermedad estructural como la enfermedad úlcera péptica, la esofagitis, dispepsia inducida por medicamentos o malignidad esofagogástrica son los causantes de los síntomas. El otro tipo es la dispepsia no orgánica o funcional en la cual no hay una etiología estructural que explique los síntomas (3). Según los criterios más recientes de Roma IV de los trastornos funcionales del sistema digestivo, la dispepsia funcional se identifica cuando se cumplen estos 2 criterios: 1) uno o más de los siguientes síntomas: plenitud posprandial molesta, saciedad temprana molesta, dolor epigástrico molesto, ardor epigástrico molesto; 2) no hay una causa estructural que explique los síntomas por lo general

demostrado mediante gastroscopia. Estos síntomas se deben presentar en los últimos 3 meses y haber comenzado al menos 6 meses antes de hacer el diagnóstico (4). También es importante rescatar el término de dispepsia no investigada que corresponde a todo paciente con dispepsia de novo y que nunca se ha sometido a investigación para diagnosticar la causa de sus síntomas (1). Este término es de vital importancia, pues es la categoría en la que se debe catalogar a todo paciente que busque atención médica por primera vez a consecuencia de síntomas dispépticos y de este punto partir con el algoritmo de manejo.

EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia de la dispepsia varía según del tipo al que se esté refiriendo. En el caso de la dispepsia no investigada se cree que la prevalencia a nivel mundial es de hasta un 20% (5). Definitivamente se sabe que la gran mayoría de pacientes, entre un 70-80%, con dispepsia no investigada tiene una dispepsia de tipo funcional, y el restante 20-30% tienen una dispepsia orgánica (6). En algunas ocasiones la prevalencia de la dispepsia varía de una región a otra, pues depende de la definición que se use, algunos estudios incluyen la pirosis como parte del síndrome dispéptico. Sin embargo, se sabe que si este es el síntoma predominante se debe investigar al paciente por enfermedad por reflujo gastroesofágico y no una dispepsia (7). La población más afectada son las mujeres, personas fumadoras y los que usan de forma crónica antiinflamatorios no esteroideos (1).

FISIOPATOLOGÍA

Los mecanismos fisiopatológicos que explican los síntomas de esta entidad dependen del tipo de dispepsia. Pues en el caso de la dispepsia orgánica los síntomas ocurren a consecuencia de una anomalía

estructural en alguna parte del tracto gastrointestinal alto, por ejemplo, una úlcera gástrica o duodenal, una esofagitis erosiva, o malignidad gástrica. Según estudios en los pacientes que se identifica una causa orgánica el 20-25% tienen una esofagitis erosiva, el 10% una úlcera péptica y menos del 1% se identifica algún tipo de malignidad (1,3).

En el caso de la dispepsia funcional la fisiopatología no es del todo clara. Sin embargo, se proponen diferentes mecanismos. Uno de ellos es la infección por *Helicobacter pylori*, pues se sabe que un porcentaje pequeño de pacientes con dispepsia funcional y una infección por esta bacteria tienen resolución de los síntomas al erradicar la misma. Esto se comprobó en un estudio randomizado donde la erradicación es superior al placebo (8). El atraso en el vaciamiento gástrico se ha identificado de entre un 20-50% de los pacientes con dispepsia funcional, esto podría explicar los síntomas de plenitud molesta y saciedad temprana (1). Problemas de acomodación del fondo gástrico también se han demostrado en hasta el 40% de los casos, y esto es importante para permitir una distribución adecuada del contenido estomacal mientras se realiza la digestión (1,7). Otra teoría importante al igual que en muchos otros trastornos funcionales del sistema digestivo es la hipersensibilidad visceral, ya que se ha demostrado que estos pacientes tienen un umbral del dolor más bajo en cuanto a la distensión gástrica en comparación con personas sanas (6). También existe una asociación entre la dispepsia funcional y ciertos trastornos psicosociales como la ansiedad, depresión y trastornos somatomorfos. Muchos de estos pacientes reportan una historia remota de haber sufrido abuso físico o sexual (1,9).

ABORDAJE DEL PACIENTE CON DISPEPSIA NO INVESTIGADA

El objetivo principal en el abordaje inicial de un paciente con dispepsia es identificar aquellos pacientes que se beneficiarán de una investigación más exhaustiva para tratar de encontrar una causa orgánica de sus síntomas; y por otro lado aquellos pacientes que sólo necesitarán un abordaje más empírico. Como ya se mencionó, el objetivo principal de esta revisión es el abordaje del paciente con dispepsia funcional, por lo que el manejo de los pacientes en que se identifique una causa orgánica dependerá de la misma.

Una vez que se complete la historia clínica del paciente y el examen físico se debe decidir quienes necesitan un abordaje más invasivo incluyendo una gastroscopia para descartar causas orgánicas. A pesar de que el diagnóstico de dispepsia funcional requiere por definición una gastroscopia, en el abordaje de los pacientes con dispepsia no investigada sólo unos cuantos requieren someterse a dicho procedimiento (3). Existe de forma general 3 abordajes clave distintos para la dispepsia no investigada, los cuales son: gastroscopia inicial, examinar y tratar por *Helicobacter pylori*; y la terapia empírica con inhibidores de bomba de protones (1,9). Cuál de estos 3 manejos es el mejor en cuanto a costo beneficios dependerá de cada caso tomando en cuenta la edad del paciente, factores de riesgo para enfermedad orgánica, la población en la que se trabaje y la preferencia de cada paciente. Tales recomendaciones se exponen a continuación.

- **Endoscopia inicial**

Según las guías más recientes de la American college of gastroenterologist todo paciente mayor de 60 años con inicio reciente de síntomas dispépticos debe someterse a una gastroscopia (5). En años previos la edad corte para recomendar una gastroscopia ha venido cambiando, pues se ha visto que la incidencia de malignidad es más alta a mayor edad. De igual forma es

importante mencionar que esta recomendación varía según diferentes factores de cada paciente, por ejemplo, en pacientes de ascendencia asiática se recomienda realizar una gastroscopia después de los 40 años (8,10). Esto también aplica en el caso de poblaciones donde la incidencia de cáncer gástrico es alta, por lo que la decisión dependerá del juicio médico.

La presencia de signos de alarma independientemente de la edad en la práctica clínica se consideraba una razón para investigar con una gastroscopia la causa de la dispepsia. Los signos de alarma incluirían: pérdida de peso, sangrado GI, disfagia, anemia por déficit de hierro inexplicable, masa palpable o adenopatías, historia familiar de cáncer GI (3,9). Sin embargo, la recomendación actual es que personas menores de 60 años con signos de alarma no se debe realizar una gastroscopia para descartar malignidad, esto porque se ha visto que los signos de alarma tienen un valor predictivo positivo muy bajo. La probabilidad de tener una malignidad en este grupo de pacientes con signos de alarma es de menos del 1% (5,3,11). De igual forma se debe individualizar cada caso según el criterio médico.

Según diferentes estudios donde se comparó la estrategia de endoscopia inicial y el abordaje de examinar y tratar por *Helicobacter pylori* como manejo inicial de los pacientes con dispepsia no investigada, se descubrió que la endoscopia inicial podría disminuir el riesgo de recurrencias de los síntomas, pero no es una medida costo - efectiva (1).

- **Examinar y tratar por *Helicobacter pylori***

La otra estrategia en el abordaje del paciente con dispepsia no investigada es la de examinar en búsqueda de la

presencia de *Helicobacter pylori* y si está presente ofrecer una terapia antibiótica para erradicarla. La recomendación general es que pacientes menores de 60 años se realicen una prueba no invasiva para detectar la infección por *Helicobacter pylori* y si dan positivos dar un tratamiento adecuado (11). Esta recomendación se basa en el hecho de que un porcentaje de pacientes tienen mejoría de sus síntomas al erradicar dicho microorganismo (8). Muchos médicos prefieren utilizar esta estrategia en poblaciones donde la prevalencia de la infección es alta, pero se ha visto que independientemente de la prevalencia de la bacteria en determinada comunidad, el beneficio de esta estrategia como medida inicial tiene ventajas en cuanto a costo - efectividad, además de la reducción en la incidencia de cáncer gástrico (5).

Las pruebas recomendadas para detectar la infección por *Helicobacter pylori* cuando no hay necesidad de someter al paciente a una gastroscopia son el test del aliento de urea y el test de antígenos en heces, pues son los que poseen la mayor sensibilidad y especificidad, no se recomienda la prueba de anticuerpos en sangre (1,3).

Según un metaanálisis donde se comparó esta estrategia con la terapia empírica de inhibidores de bomba de protones como medidas iniciales en el manejo de la dispepsia no investigada, se descubrió que el beneficio sobre los síntomas fue muy similar al igual que los costos (1). Sin embargo, en áreas donde la prevalencia de *Helicobacter pylori* es mayor la estrategia de examinar y tratar podría ser menos costo - efectiva que la terapia empírica (11).

- **Terapia empírica con inhibidores de bomba de protones**

Los inhibidores de bomba de protones son medicamentos altamente efectivos

en aliviar los síntomas dispépticos. Una revisión sistemática evidenció que el uso de inhibidores de bomba de protones es superior a placebo con una mejoría de hasta 31.1% versus 25.8% respectivamente (12). La recomendación general por la American College of Gastroenterology es que todo paciente dispéptico menor de 60 años que es negativo por *Helicobacter pylori* o que continúa sintomático después de la terapia de erradicación debe someterse a una prueba de inhibidores de bomba de protones (5). Los pacientes que se sometan a esta estrategia deben de tener una duración de entre 4 a 8 semanas para valorar la respuesta al tratamiento (1,9).

Muchos médicos tienen la preocupación de los efectos adversos de este tipo de medicamentos a largo plazo. De hecho, en Alemania no está aprobado su uso para la dispepsia funcional (7). Sin embargo, no se reportan efectos adversos que superen su beneficio en diferentes estudios (12), de igual forma se recomienda no usarlos por más de 12 meses y además se debe de realizar una reducción paulatina de su dosis para evitar el efecto rebote de estos medicamentos (1,13).

El problema de esta medida como terapia inicial es el hecho de la alta probabilidad de reaparición de los síntomas al suspender el tratamiento, es por tal razón que muchas autoridades mencionan que aplicar esta terapia sólo va a atrasar una futura gastroscopia (1). Es importante mencionar, como parte del algoritmo, aquellos pacientes que no se realizaron una gastroscopia y que fallaron a la terapia de examinar y tratar por *Helicobacter pylori* además de una prueba de inhibidores de bomba de protones tendrán que someterse a una gastroscopia (3).

TRATAMIENTO DE LA DISPEPSIA FUNCIONAL

Una vez hecho el diagnóstico de la dispepsia funcional parte de las medidas que se utilizan en el manejo de esta patología es explicar de forma clara al paciente la naturaleza benigna de la enfermedad, las causas que la producen y la responsabilidad que tiene que asumir el paciente en el manejo de la misma (7). La dieta tiene un papel controversial como medida general para controlar los síntomas, pues la evidencia no ha sido clara en demostrar un efecto del todo beneficioso en esta enfermedad. Sin embargo, algunas recomendaciones incluyen tener tiempos de comida con porciones más pequeñas y de forma más frecuente ya que se ha visto que el volumen de los alimentos puede tener un efecto sobre la distensión gástrica (8). Se recomienda además evitar alimentos altos en grasa, trigo, dieta FODMAP (fermentable, oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos y polioles), con cafeína pues se han visto más asociados a síntomas dispépticos. El mecanismo por el cual alimentos con alto contenido de grasa producen estos síntomas podría estar relacionado con un atraso en el vaciamiento gástrico (9,14). Alimentos relacionados al dolor o ardor epigástrico son la cebolla, chocolate, café y chile, mientras que los alimentos relacionados a la saciedad temprana o plenitud postprandial son carnes rojas, comida alta en grasa, bebidas carbonatadas por lo que dependiendo del síntoma del paciente se debería aconsejar suspender su consumo (14).

Como medida terapéutica inicial se debería de ofrecer el abordaje de examinar y tratar por *Helicobacter pylori* a todo paciente con dispepsia funcional (6). El beneficio de esta terapia no sólo radica en el alivio de los síntomas dispépticos, sino también en la probabilidad de reducir la incidencia de enfermedad úlcera péptica y de cáncer gástrico, pues es la *Helicobacter pylori* el

principal agente de estas patologías (15). Se recomienda utilizar una prueba no invasiva si no hay necesidad de realizar una gastroscopia. Sin embargo, si el paciente es mayor de 60 años o se quiere descartar una causa orgánica se debe hacer toma de biopsias para descartar la infección (11). Si el paciente da positivo se debe tratar con un esquema para erradicar la bacteria, el más utilizado es la terapia triple que incluye amoxicilina, claritromicina y un inhibidor de bomba de protones, el tratamiento debe de ser entre 10 a 14 días (15). Se debe además confirmar la erradicación de la bacteria con test no invasivo, el mismo se debe de realizar 4 semanas después de finalizar el tratamiento (8).

Según los criterios de Roma IV la dispepsia funcional se puede dividir en 2 subgrupos: Síndrome de distrés postprandial que corresponde a la presencia de al menos plenitud postprandial molesta o saciedad postprandial molesta al menos 3 veces a la semana; y el síndrome de dolor epigástrico que corresponde a la presencia de al menos dolor y/o ardor epigástrico al menos 1 vez a la semana (4). Esta subdivisión tiene importancia clínica a la hora de decidir el manejo de cada paciente, pues aquellos que se clasifican en el grupo de síndrome de dolor epigástrico se benefician de utilizar un inhibidor de bomba de protones, mientras que las personas que cumplen criterios por un síndrome de distrés posprandial responden mejor a algún medicamento proquinético del tracto gastrointestinal alto (8,10).

Según las guías internacionales, después de el abordaje de examinar y tratar por *Helicobacter pylori* en pacientes con dispepsia funcional sin éxito o que son negativos por la infección, se recomienda utilizar un trial de inhibidores de bomba de protones. Sobre todo, para aliviar el dolor y ardor epigástrico (5,11). Esta recomendación es válida pues estos medicamentos son mejores que placebo

para aliviar los síntomas, y se sabe que no hay diferencia en utilizar la dosis estándar y la mitad de la dosis (12). El siguiente paso en el manejo si hay un fallo con el trial de inhibidores de bomba de protones, es ofrecer un tratamiento con antidepresivos tricíclicos (5). Se ha visto una buena respuesta con este grupo de antidepresivos, mas no con inhibidores de la recaptura de serotonina, ya que tienen un efecto en la sensibilidad visceral y a nivel central en la regulación del dolor (1). En el caso de haber una falla terapéutica con esta última recomendación se recomienda utilizar un agente proquinético como domperidona o metoclopramida (9). Este grupo de medicamentos se deja como última línea, ya que los estudios son controversiales en cuanto a su beneficio sobre la dispepsia funcional, además de sus efectos adversos al utilizarlos por mucho tiempo. También se sabe que su efecto es menor en comparación con los inhibidores de bomba de protones (6,7,10). Como ya se explicó anteriormente, se puede individualizar cada caso según los síntomas predominantes para definir si es mejor dar un inhibidor de bomba de protones o un agente proquinético como primera línea.

La psicoterapia ha demostrado efectos positivos en el manejo de dispepsia funcional; sobre todo, en aquellos pacientes que no responden al tratamiento convencional antes descrito (7). Este tipo de intervención no se recomienda como terapia inicial y se ha visto que hay un mayor efecto en los pacientes en quienes coexiste un trastorno ansioso o depresivo. Entre las técnicas utilizadas está la terapia de conducta cognitiva y a pesar de que los estudios son controversiales, se puede recomendar como última opción (5,9).

CONCLUSIONES

La dispepsia es una de las consultas más comunes de medicina general. A pesar de

esto, en ocasiones es confuso para el médico decidir cuál es el mejor abordaje tomando en cuenta los factores de cada paciente y el beneficio costo-efectividad. Por tal razón es importante resaltar que el abordaje de todo paciente con dispepsia no investigada se centra en decidir cuales paciente se benefician de someterse a una investigación más exhaustiva con el objetivo de evitar el uso innecesario de pruebas que más bien contribuyen a aumentar el estrés en los pacientes, donde la mayoría de los casos tienen una dispepsia funcional y al no encontrar una causa específica de sus síntomas entran en un ciclo constante de búsqueda de atención médica, la cual sólo aumenta de forma innecesaria los gastos en salud.

Por tales razones, la gastroscopia sólo se reserva para pacientes dispépticos mayores de 60 años. Inclusive con signos de alarma a menor edad no estaría indicado realizar una gastroscopia, pero esto se debe de individualizar según cada caso. Para el resto de los pacientes lo mejor será examinar y tratar por *Helicobacter pylori* y si dan positivos recibir un tratamiento de erradicación. En el caso de ser negativos o no responder a dicho tratamiento se decide utilizar un trial de entre 4 a 8 semanas de inhibidores de bomba de protones. Finalmente, sólo en los casos que no respondan a dichas medidas se puede ofrecer tratamiento con antidepresivos tricíclicos, procinéticos e inclusive terapia psicológica, siempre definiendo los síntomas predominantes y los factores de cada paciente.

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

REFERENCIAS

1. Tack J. Dyspepsia. En: Mark Feldman, Lawrence S. Friedman, Lawrence J. Brandt. Sleisenger and Fordtran. Gastrointestinal and liver disease. 10th ed. Philadelphia: Elsevier; 2016. p. 194-206.

2. Carmona R, Gómez O, Zavala M, Bielsa M, Coss E, Hernández A et al. Consenso Mexicano sobre la dispepsia. *Revista de Gastroenterología de México* [internet]. 2017 [citado 12 marzo 2021]; 82(4): 309-327. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rgmx.2017.01.001>
3. Longstreth G, Lacy B. Approach to the adult with dyspepsia. Uptodate. Wolters Kluwer [internet]. 9 diciembre 2019 [citado 12 marzo 2021]; [aprox. 18p]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-with-dyspepsia>
4. Sebastián J. Los nuevos criterios de Roma (IV) de los trastornos funcionales digestivos en la práctica clínica. *Med Clin (Barc)* [internet]. 2017 [citado 12 marzo 2021]; [aprox. 5p]. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2016.12.020>
5. Moayyedi P, Lacy B, Andrews C, Enns R, Howden C, Vakil N. ACG and CAG clinical guideline: Management of dyspepsia. *Am J Gastroenterol* [internet]. 2017 [citado 12 marzo del 2021]; 112: 988-1013. <http://doi:10.1038/ajg.2017.154>
6. Longstreth G, Lacy B. Functional dyspepsia in adults. Uptodate. Wolters Kluwer [internet]. 16 diciembre 2019 [citado 12 marzo 2021]; [aprox. 24p]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/functional-dyspepsia-in-adults>
7. Madisch A, Andresen V, Enck P, Labenz J, Frieling T, Schemann M. The diagnosis and treatment of functional dyspepsia. *Dtsch Arztebl Int.* 2018; 115: 222–32. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.02>
8. Talley N. Functional dyspepsia: new insights into pathogenesis and therapy. *Korean J Intern Med* [internet]. 2016 [citado 12 marzo 2021]; 31: 444-456. <http://dx.doi.org/10.3904/kjim.2016.091>
9. Mounsey A, Barzin A, Rietz A. Functional dyspepsia: Evaluation and management. *Am Fam Physician* [Internet]. 2020 [citado 12 marzo 2021]; 101(2): 84-88. Disponible en: www.aafp.org/afp
10. Hwan Oh J, Goo Kwon J. Functional Dyspepsia. *Korean J Gastroenterol* [internet]. 2019 [citado 12 marzo 2021]; 73(2):77-83. <https://doi.org/10.4166/kjg.2019.73.2.77>
11. National institute for health and care excellence. Gastro-esophageal reflux disease and dyspepsia in adults: investigation and management. 2019 [citado 12 marzo 2021]; [aprox. 27p]. Corregido y republicado de: National institute for health and care excellence. 2014. Disponible en: www.nice.org.uk/guidance/cg184
12. Pinto M, Yuan Y, Hassan A, Bercik P, Moayyedi P. Proton pump inhibitors for functional dyspepsia. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2017; 11. Art. No.: CD011194. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011194.pub3>
13. Jones R, Pearson J, Ward C. Functional dyspepsia. *N Engl J Med* [internet]. 2016 [citado 12 marzo 2021]; 374;9: 895-896. <https://doi.org/10.1056/NEJMc1515497>
14. Pesce M, Cargioli M, Cassarano S, Polece B, De Conno B, Aurino L et al. Diet and functional dyspepsia: Clinical correlates and therapeutic perspectives. *World J Gastroenterol* [internet]. 2020 [citado 12 marzo 2021]; 26(5): 456-465. <https://doi.org/10.3748/wjg.v26.i5.456>
15. Crowe S. Helicobacter pylori infection. *N Engl J Med* [internet]. 2019 [citado 12 marzo 2021]; 380; 12: 1158-1165. <https://doi.org/10.1056/NEJMc1710945>