GOBIERNO FEDERAL

SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Referencia Rápida

Diagnóstico y Tratamiento de la Dispepsia Funcional

GPC

Guía de Práctica Clínica

Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-071-08

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

IMSS

ISSSTE

PEMEX

DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Vivir Mejor

Guía de Referencia Rápida

K30.X Dispepsia

GPC

Diagnóstico y Tratamiento de la Dispepsia Funcional

ISBN en trámite

DEFINICIÓN

Dispepsia funcional, dispepsia no ulcerosa: conjunto de síntomas que se caracteriza por dolor o malestar referido a la parte central y mitad superior del abdomen, que se presenta por lo menos el 25% de los días durante las últimas cuatro semanas, que no guarda relación con la ingesta y no hay causa orgánica o alteración metabólica que justifique los síntomas. El dolor localizado en otras regiones del abdomen, el dolor irradiado, pirosis, regurgitaciones ácidas, asociación con trastornos en el hábito intestinal, no son parte de la dispepsia funcional y sirven en el diagnóstico diferencial

FACTORES DE RIESGO

El consumo de tabaco, alcohol, café, dietas ricas en grasas, AINES, así como estrés, ansiedad, depresión y neurosis son factores que se han asociado a dispepsia funcional

DIAGNÓSTICO

- Para establecer el diagnóstico de dispepsia funcional se debe cumplir lo siguiente:

a) Que los síntomas (dolor o malestar referido a la parte central y mitad superior del abdomen) se presenten al menos en el 25% de los días en las últimas 4 semanas.
b) Ausencia de daño orgánico demostrado por endoscopia gastrointestinal alta.

- El paciente con antecedente de dispepsia que tiene recurrencia de los síntomas entre 1 y 6 meses después de haber suspendido el tratamiento, debe ser de nuevo evaluado buscando signos y síntomas de alarma.
- Se deben considerar como signos y síntomas de alarma en dispepsia (*)

a) Inicio de los síntomas en pacientes mayores de 50 años
b) Historia familiar de cáncer gástrico, sobre todo en menores de 50 años
c) Alteraciones en la exploración física (tumoraciones abdominales)
d) Presencia de disfagia
e) Anemia
f) Pérdida de peso no intencionada o inexplicable mayor del 5%
g) Hemorragia digestiva manifestada por hematemesis y/o melena
h) Vómito persistente
i) Accesos de tos con broncoaspiración nocturna
j) El uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) asociado a otros signos y síntomas de alarma se considera de más alto riesgo

* Indican la necesidad de envío para realizar endoscopia lo más pronto posible

Los padecimientos que con más frecuencia se asocian a dispepsia son Enfermedad por Reflujo Gastro Esofágico (ERGE), ulcera péptica y cáncer gástrico

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

- La endoscopia es el procedimiento de elección para el estudio de la dispepsia y enfermedades asociadas, se deberá realizar en pacientes con dispepsia que tienen cualquier signo y síntoma de alarma
- En la primera consulta de los pacientes con dispepsia se debe solicitar BHC, VSG y QS, para evaluar la presencia de anemia (signo de alarma) y otras patologías asociadas. De ser normales no es necesario volver a solicitarlos
- Otros estudios como pruebas de función hepática (PFH), radiografías simples, o serie esofagogastroduodenal (SEGD) no son útiles para el diagnóstico de dispepsia funcional.
- La prueba de aliento es la prueba de elección para la detección y para comprobar la erradicación de *H. pylori* en los pacientes con dispepsia
- Es tan efectivo realizar endoscopia como dar prueba terapéutica de erradicación de *H. pylori* en pacientes con dispepsia, menores de 50 años, sin síntomas y signos de alarma, y que no hayan respondido al tratamiento empírico inicial.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- En todos los pacientes con dispepsia sin signos y síntomas de alarma o manifestaciones de ERGE se debe iniciar tratamiento empírico en el siguiente orden:
  a) Procinéticos, domperidona o metoclopramida
  b) Ranitidina
  c) Omeprazol
- Si después de 4 a 12 semanas de tratamiento empírico hay remisión de los síntomas, no existe indicación para continuar el tratamiento farmacológico
- Si después de 4 a 12 semanas de tratamiento empírico no hay respuesta, dar tratamiento de erradicación para *H. pylori*, siempre y cuando no existan síntomas y signos de alarma o manifestaciones de ERGE.
- Después del tratamiento de erradicación, si hay recurrencia de los síntomas a las 4 semanas, se recomienda verificar el apego terapéutico y valorar repetir el tratamiento de erradicación de *H. pylori*, incorporando al esquema citrato de bismuto (terapia cuádruple)
- Si hay datos de dispepsia y pirosis tratar de primera instancia como ERGE
- En pacientes con dispepsia y uso de AINE que no sea posible suspender, se debe indicar omeprazol o reemplazar el AINE con paracetamol (dolor) o celecoxib (si es necesario el antiinflamatorio y no existe contraindicación).
- En pacientes con antecedente de dispepsia y recurrencia de los síntomas después de 6 meses de suspendido el tratamiento y sin signos/síntomas de alarma, se debe repetir el tratamiento empírico

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- A los pacientes se les debe de alentar a modificar su estilo de vida: seguir un plan nutricional, programa de ejercicio, control del peso, suspender tabaquismo y moderar la ingesta de alcohol y grasas, lo cual se puede reforzar si se les otorga por escrito estas recomendaciones
- En caso de que el paciente presente estrés, ansiedad, depresión o cualquier otro trastorno emocional se recomienda enviar a psicología para valoración.

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Se deberán enviar al segundo nivel de atención:

- A los pacientes que persisten con síntomas a pesar del tratamiento empírico inicial y de los dos esquemas de tratamiento para erradicación de *H. pylori*, previa verificación del apego al tratamiento
- Pacientes con dispepsia y cualquier signo y síntomas de alarma
- Los pacientes con inicio de síntomas después de los 50 años
- Pacientes con dispepsia y uso de AINE que no mejoran con el uso de omeprazol o cambio de AINE en 4 a 12 semanas

VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

Se recomienda que una vez remitidos los síntomas y suspendido el tratamiento se cite al paciente en 4 a 8 semanas para control.

INCAPACIDAD

Se recomienda que una vez remitidos los síntomas y suspendido el tratamiento se cite al paciente en 4 a 8 semanas para control.

GUIA DE RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE CON DISPEPSIA FUNCIONAL.

DISPEPSIA: Se refiere al dolor o malestar localizado en la "boca del estomago" o indigestión, suele acompañarse de nauseas, sensación de llenura, distensión, eructos. Es un mal funcionamiento del estomago.
Se puede presentar en situaciones de estrés, ansiedad y depresión.
También se puede deber al consumo de algunos medicamentos como naproxen, diclofenaco, piroxicam, indometacina o aspirina.
Comer mal, a deshoras, alimentos grasosos o condimentados, fumar, tomar bebidas alcohólicas, bebidas gaseosas (sodas, refrescos) o café contribuye al empeoramiento de las molestias.
Si fuiste diagnosticado con dispepsia funcional las medidas generales que te ayudarán a disminuir las molestias y que debes de seguir son:

1. **CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA:**
    - Evitar ayunos prolongados.
    - Evitar comidas abundantes, ricas en grasa y condimentos. Es preferible ingerir alimentos en poca cantidad y en mayor número de veces.
    - Evitar situaciones que provoquen estrés.
    - Evitar el consumo de tabaco, café, bebidas gaseosas y alcohólicas.
    - Mantener un peso adecuado, evitando el sobrepeso y la obesidad.
    - Al dormir elevar la cabecera de la cama de 5 a 10 cm.
    - Estos cambios en los hábitos se deben continuar a pesar de tener mejoría, pues se trata de un padecimiento crónico.
2. **ACTIVIDAD FÍSICA**:
    - Realizar ejercicio por 30 minutos, 5 días de la semana (caminar, trotar, nadar, andar en bicicleta, etc.).
3. **AUTOMEDICACIÓN:**
    - Evitar la automedicación, ante cualquier síntoma acudir al médico familiar para que este determine el medicamento apropiado.
    - Si toma otros medicamentos debe mencionárselo a su médico.

4. **DIETA:**
   - Evitar alimentos ricos en grasas y en condimentos.
   - Ingerir por menos de 4 a 8 vasos de agua al día.
   - Evitar la siesta después de las comidas.
5. **DATOS DE ALARMA**:
   - Si presentas pérdida de peso sin causa aparente.
   - Vómito con sangre o negruzco.
   - Evacuaciones negras u oscuras.
   - Dolor o dificultad para pasar los alimentos.
   - Si notas tumores o abultamientos en tu estómago.
   - Si las molestias siguen después de dos meses.

ANTE LA PRESENCIA DE CUALQUIERA DE ESTOS, ACUDE A CONSULTA CON TU MEDICO FAMILIAR

Cuadro I. Tratamiento Farmacologico Utilizado en la Dispepsia

Inhibidores de la bomba de protones			
Principio activo	**Dosis recomendada**	**tiempo**	**Presentación**
Omeprazol	20mg/24hrs	4-12 semanas	20mg tab/14 tab
Pantoprazol	20mg/24hrs	4-12 semanas	20mg tab/14 tab
Antagonistas de receptores H2			
Ranitidina	150mg /12 hrs	4-12 semanas	150mg tab/20 tab
Procineticos			
Metoclopramida	10mg preprandial	4-12 semanas	10mg tab /20 tab
Domperidona	10mg preprandial	4-12 semanas	10mg tab /20 tab

Fuente: New Zealand Guidelines Group (NZGG). Summary. Evidence-based Bets Practice Guideline. Management of dyspepsia and heartburn, 2004.

Cuadro II. Tratamiento de Erradicacion de *H. Pylori*

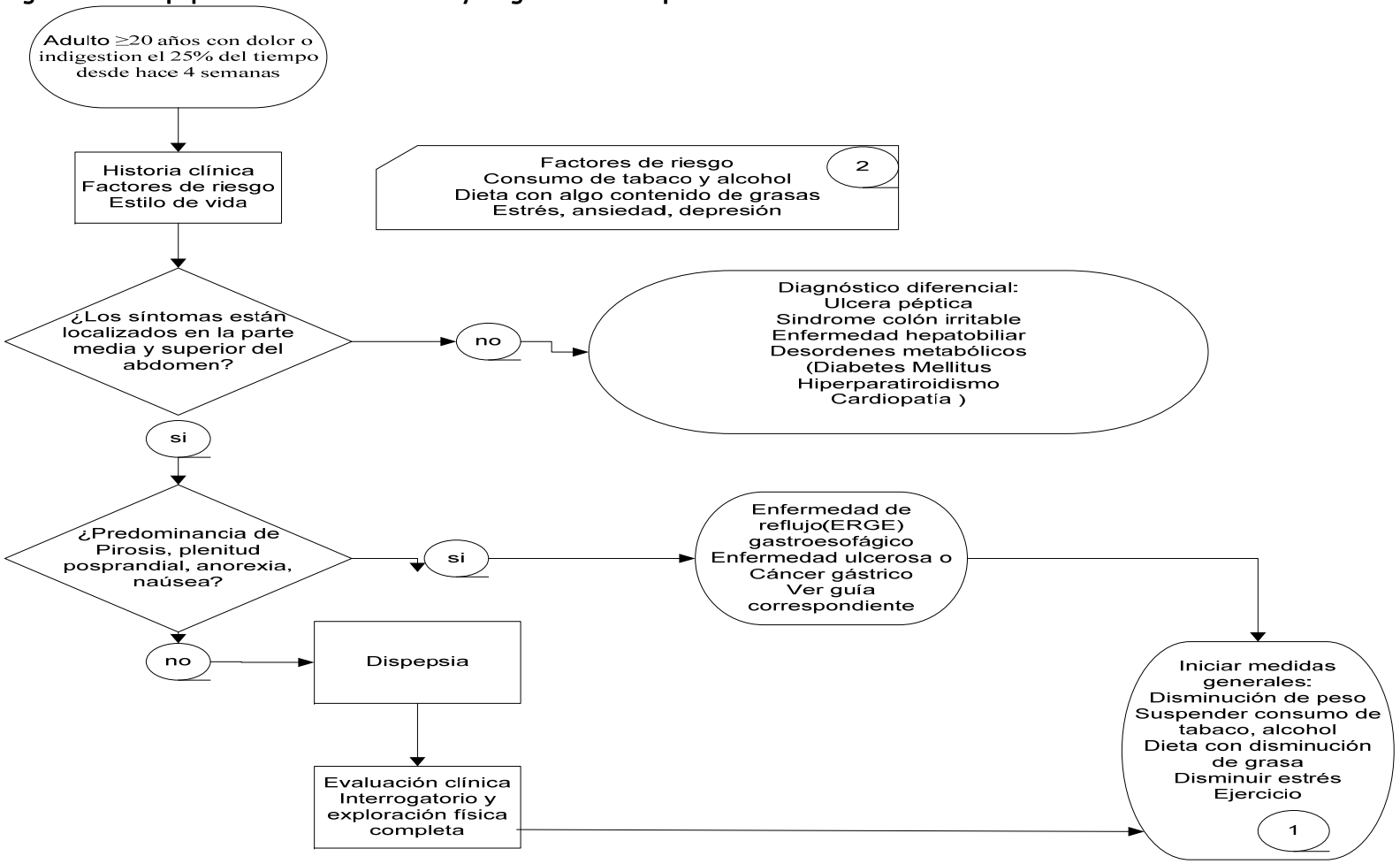
Tratamiento de erradicacion de *h. pylori**			
Terapia triple	Opción 1	IBP 20mg c/12 hrs	14 días
		Claritromicina 500mg c/12 hrs	14 días
		Amoxicilina 1000mg c/12 hrs	14 días
	Opción 2	IBP 20mg c/12 hrs	14 días
		Claritromicina 500mg c/12 hrs	14 días
		Metronidazol 500mg c/12 hrs	14 días
	Opción 3	Ranitidina 300mg c/12 hrs	14 días
		Claritromicina 500mg c/12 hrs	14 días
		Amoxicilina 1000mg c/12 hrs	14 días
Terapia cuadruple	Opción 1	IBP 20mg c/12 hrs	14 días
		Citrato de bismuto 120ml c/6 hrs	14 días
		Metronidazol 500mg c/8 hrs	14 días
		Claritromicina 500mg c/12 hrs	14 días

*Tetraciclina 500 mg /6 hrs es la opción en caso de cepas resistentes a metronidazol o amoxicilina

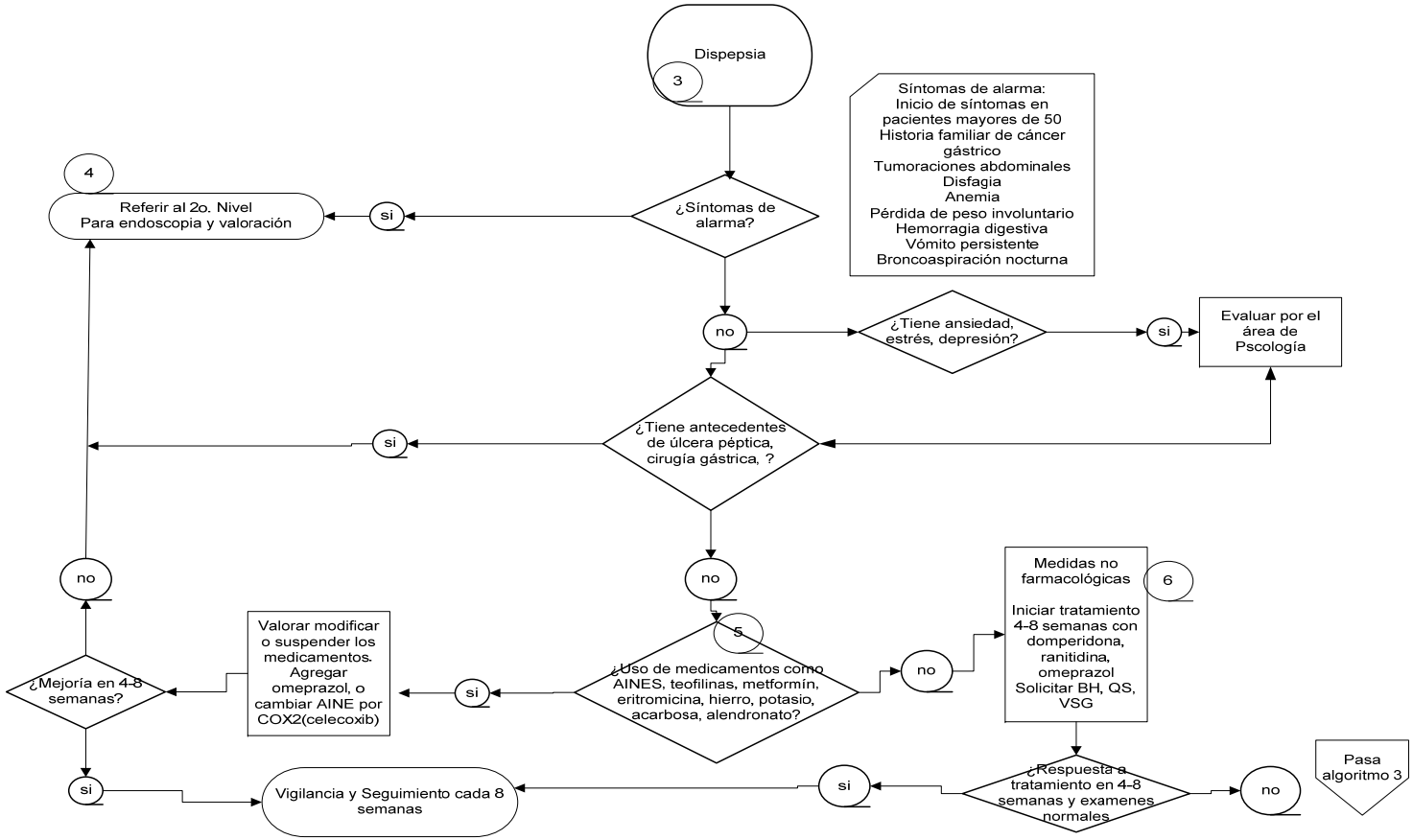
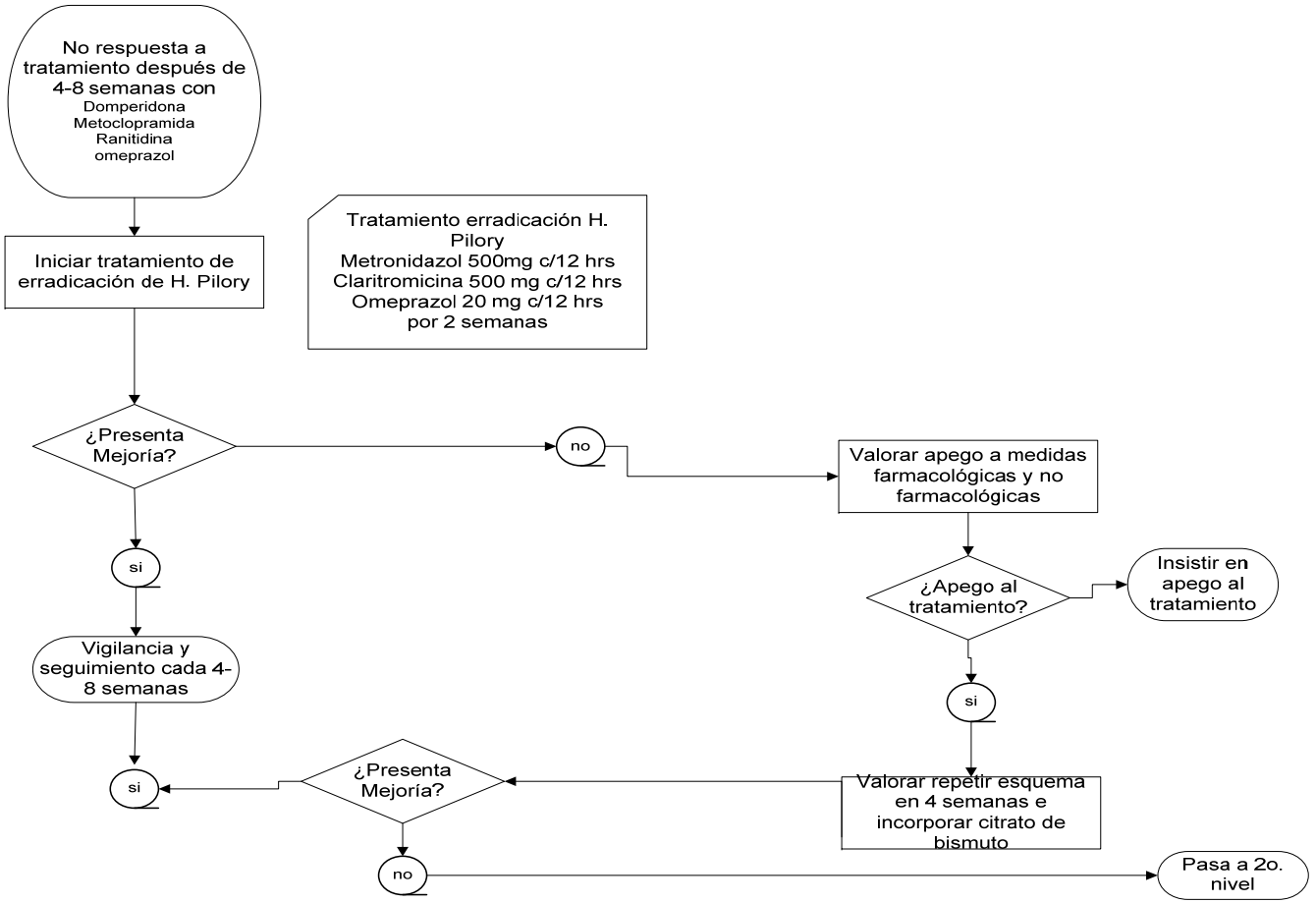
Fuente: New Zealand Guidelines Group (NZGG). Summary. Evidence-based Bets Practice Guideline. Management of dyspepsia and heartburn, 2004

Algoritmos

Algoritmo 1.Dispepsia funcional. Detección y diagnóstico en el primer nivel de atención



Algoritmo 2. Dispepsia funcional. Manejo en el primer nivel de atención



Algoritmo 3. Dispepsia funcional. Manejo en el primer nivel de atención