

# GOBIERNO FEDERAL



**SALUD**

**SEDENA**

**SEMAR**

## Guía de Práctica Clínica

Diagnóstico y Tratamiento  
de la Dispepsia Funcional

### Evidencias y Recomendaciones

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

CONSEJO DE  
SALUBRIDAD GENERAL



**DIF**  
SISTEMA NACIONAL  
PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

Paseo de la Reforma No. 450 piso 13, Colonia Juárez,  
Delegación Cuauhtémoc, 06600 México, DF.

[Página Web: www.cenetec.salud.gob.mx](http://www.cenetec.salud.gob.mx)

Publicado por CENETEC

© Copyright CENETEC

Editor General

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta Guía de Práctica Clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta Guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las variaciones de las recomendaciones aquí establecidas al ser aplicadas en la práctica, deberán basarse en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y las preferencias de cada paciente en particular; los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada institución o área de práctica

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud

Deberá ser citado como: Diagnóstico y Tratamiento de la Dispepsia Funcional México: Secretaría de Salud; 2008.

Esta Guía puede ser descargada de Internet en:

<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>

**ISBN en trámite**

## K30.X Dispepsia

### Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Dispepsia Funcional

**Coordinadores :**

Dra. Laura del Pilar Torres Arreola

Médico Familiar

División de Excelencia Clínica.  
Coordinación de UMAE.

**Autores**

Dr. Gilberto Alfaro Becerra

Médico Familiar

Coordinación de Informática en Salud,  
Delegación Jalisco  
HGZ/MF No. 7 Monclova, Coahuila  
HP/MF 10, Delegación DF Sur  
UMF 67, Cd. Obregón, Sonora  
UMF 64, Estado de México

Dra. Beatriz Cecilia Franco Vergara

Médico Internista

Dr. Sergio Ortiz García

Médico Familiar

Dr. Ricardo Remigio Zenteno

Médico Familiar

Dr. Rodolfo Rivera Zumaya

Médico Familiar

Instituto Mexicano del  
Seguro Social

Dr. Horacio Olguín Juárez

Médico Cirujano General

Instituto de Seguridad  
y Servicios Sociales  
para los Trabajadores  
del Estado

Coordinación de Cirugía del Centro Médico  
Nacional "20 de Noviembre"

**Validación Interna**

Dr. Jaime Marcial Rodríguez

Médico Internista

Dr. Pedro de Jesús Bernal Escobosa

Médico Familiar

Instituto Mexicano del  
Seguro Social

HGZ. 11 Veracruz Norte  
UMF 35 Culiacán Sinaloa

<b>Índice</b>	<b>Pág.</b>
1. Clasificación.....	5
2. Preguntas a responder por esta guía.....	7
3. Aspectos Generales.....	8
3.1 Justificación.....	8
3.2 Objetivo De Esta Guía.....	8
3.3 Definición.....	9
4. Evidencias y Recomendaciones.....	10
4.1 Prevención Primaria.....	11
4.1.1 Promoción a la salud.....	11
4.2 Prevención Secundaria.....	11
4.2.1 Detección.....	11
4.2.2 Diagnóstico.....	12
4.2.3 Tratamiento.....	14
4.3 Criterios de referencia y Contrarreferencia.....	16
4.3.1 Criterios técnico médicos de Referencia.....	16
4.4 Vigilancia y Seguimiento.....	17
4.5 Tiempo estimado de recuperación y días de incapacidad cuando proceda.....	17
Algoritmos.....	18
5. Definiciones Operativas.....	21
6. Anexos.....	22
6.1 Sistemas de clasificación de la evidencia y fuerza de la Recomendación.....	22
6.2 Anexos clínicos.....	29
6.3 Medicamentos.....	32
7. Bibliografía.....	35
8. Agradecimientos.....	36
9. Comité Académico.....	37
10. Directorio.....	38
11. Comité Nacional Guías de Práctica Clínica.....	39

## 1. CLASIFICACIÓN

Registro: IMSS-071-08	
<b>PROFESIONALES DE LA SALUD que participa en la atención (Consultar anexo IX Metodología)</b>	Médicos familiares, Médicos internistas, Cirujanos Generales
<b>CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD</b>	<b>K30.X DISPEPSIA</b>
<b>CATEGORÍA DE GPC (Consultar anexo IX Metodología)</b>	Primer nivel de atención Diagnóstico Tratamiento Vigilancia Seguimiento
<b>USUARIOS POTENCIALES (Consultar anexo IX Metodología)</b>	Médico familiar, Médico general
<b>TIPO DE ORGANIZACIÓN DESARROLLADORA</b>	Instituto Mexicano del Seguro Social División de Excelencia Clínica, Coordinación de UMAE. Coordinación de Informática en Salud, Delegación Jalisco. Coordinación de Cirugía del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" HGZ/MF No. 7 Monclova, Coahuila. HP/MF 10, Delegación DF Sur. UMF 67, Cd. Obregón, Sonora. UMF 64, Estado de México. HGZ. 11 Veracruz Norte. UMF 35 Culiacán Sinaloa
<b>POBLACIÓN BLANCO (Consultar anexo IX Metodología)</b>	Hombres y Mujeres $\geq$ 20 años
<b>FUENTE DE FINANCIAMIENTO/PATROCINADOR</b>	Instituto Mexicano del Seguro Social
<b>INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS</b>	Criterios diagnósticos Biometría hemática Velocidad de sedimentación globular Química sanguínea Educación nutricional Evaluación de alteraciones de la salud mental Ejercicio Apoyo psicológico Fármacos: procinéticos, antagonistas de receptores H2, inhibidores de la bomba de protones, antimicrobianos, citrato de bismuto
<b>IMPACTO ESPERADO EN SALUD</b>	Disminución del número de consultas Referencia oportuna y efectiva Satisfacción con la atención Mejora de la calidad de vida Tratamiento específico Uso adecuado de estudios de laboratorio y gabinete Actualización médica Uso eficiente de los recursos Diagnóstico certero y oportuno
<b>METODOLOGÍA</b> Este apartado tendrá la misma redacción en todas las GPC, lo que cambiara será lo que esta señalado en amarillo	Definición del enfoque de la GPC Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para colectar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda Revisión sistemática de la literatura Búsquedas de bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda manual de la literatura Número de Fuentes documentales revisadas: <b>9</b> Guías seleccionadas: <b>8 del período 2000-2008</b> ó actualizaciones realizadas en este período Revisiones sistemáticas Ensayos controlados aleatorizados Reporte de casos

	<p>Validación del protocolo de búsqueda por _____</p> <p>Adopción de guías de práctica clínica Internacionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia</li> <li>Construcción de la guía para su validación</li> <li>Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías</li> <li>Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional</li> <li>Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones</li> <li>Emisión de evidencias y recomendaciones</li> </ul>
<b>MÉTODO DE VALIDACIÓN</b>	<p>Validación del protocolo de búsqueda</p> <p>Método de Validación de la GPC: Validación por pares clínicos</p> <p>Validación Interna: <b>Instituto Mexicano del Seguro Social</b></p>
<b>CONFLICTO DE INTERES</b>	<p>Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés</p>
<b>REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN</b>	<p>REGISTRO <b>IMSS-071-08</b> FECHA DE ACTUALIZACIÓN <b>a partir del registro 2 a 3 años</b></p>

Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía, puede contactar al CENETEC a través del portal: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/>.

## 2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. ¿Qué es la dispepsia?
2. ¿Cuáles son los padecimientos con los que se debe hacer diagnóstico diferencial?
3. ¿Cuáles son los padecimientos asociados a la dispepsia funcional?
4. ¿Cuáles son los factores predisponentes para dispepsia?
5. ¿Qué aspectos deberían ser incluidos en la evaluación de un paciente con dispepsia funcional?
6. ¿Cuáles son los signos y síntomas de alarma en dispepsia funcional?
7. ¿Qué papel tiene la endoscopia en el diagnóstico de la dispepsia?
8. ¿Qué técnicas o pruebas diagnósticas son las más adecuadas para el estudio de la dispepsia?
9. ¿Cuándo se debe investigar la presencia de *H. pylori* en pacientes con dispepsia?
10. ¿Cuál es la mejor opción terapéutica en la dispepsia funcional?
11. ¿Cuál sería el manejo integral de un paciente con dispepsia funcional?
12. ¿Cuál sería la duración del tratamiento en la dispepsia?
13. ¿Cuándo se debe derivar a un paciente con dispepsia al especialista?

### 3. ASPECTOS GENERALES

#### 3.1 JUSTIFICACIÓN

La elaboración de una GPC de dispepsia se justifica por: su alta prevalencia, su asociación con enfermedades que pueden ser graves (cáncer, ulcera péptica) y la gran variabilidad en la prescripción de fármacos y tratamientos.

El impacto económico es alto, no solo por la gran cantidad de recursos en salud que utilizan (consultas y medicamentos) sino también por el retraso en el diagnóstico oportuno de otras patologías que lleva a la aparición de mayor cantidad de complicaciones con aumento en la morbilidad y mortalidad.

El propósito de esta GPC es ser una herramienta para estandarizar el diagnóstico y tratamiento de la dispepsia funcional en el primer nivel de atención.

#### 3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La Guía de Práctica Clínica **Diagnóstico y Tratamiento de la Dispepsia Funcional** forma parte de las Guías que integrarán el **Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica**, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción **Específico de Guías de Práctica Clínica**, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el **Programa Sectorial de Salud 2007-2012**.

La finalidad de este Catálogo, es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del Primer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

1. Unificar el abordaje de la dispepsia funcional en el primer nivel de atención.
2. Formular recomendaciones utilizando la evidencia y el consenso de expertos en los aspectos del diagnóstico, tratamiento, vigilancia y seguimiento de los pacientes con dispepsia funcional.
3. Establecer los criterios de referencia de la dispepsia funcional al segundo nivel de atención.

Lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

### 3.3 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

## 4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

La presentación de la evidencia y recomendaciones en la presente guía corresponde a la información obtenida de GPC internacionales, las cuales fueron usadas como punto de referencia. La evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron. Las evidencias en cualquier escala son clasificadas de forma numérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una de las GPC. En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación el número y/o letra representan la calidad y fuerza de la recomendación, las siglas que identifican la GPC o el nombre del primer autor y el año de publicación se refieren a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información como en el ejemplo siguiente:

<b>Evidencia / Recomendación</b>	<b>Nivel / Grado</b>
<b>E.</b> La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP, a través de la escala de Braden tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud	2++ (GIB, 2007)

En el caso de no contar con GPC como documento de referencia, las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas a través del análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos y estudios observacionales. La escala utilizada para la gradación de la evidencia y recomendaciones de estos estudios fue la escala Shekelle modificada.

Cuando la evidencia y recomendación fueron gradadas por el grupo elaborador, se colocó en corchetes la escala utilizada después del número o letra del nivel de evidencia y recomendación, y posteriormente el nombre del primer autor y el año como a continuación:

<b>Evidencia / Recomendación</b>	<b>Nivel / Grado</b>
<b>E.</b> El zanamivir disminuyó la incidencia de las complicaciones en 30% y el uso general de antibióticos en 20% en niños con influenza confirmada	1a [E: Shekelle] Matheson, 2007

Los sistemas para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones se describen en el Anexo 6.1.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



BUENA PRÁCTICA

#### 4.1 PREVENCIÓN PRIMARIA

4.1.1 PROMOCIÓN A LA SALUD

4.1.1.1 ESTILO DE VIDA

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



Se recomienda que en toda la población, se fomente un programa educativo que incluya la adopción de estilos de vida saludables, buenos hábitos de alimentación, actividad física y manejo de estrés (PREVENIMSS).

✓  
Buena Practica

#### 4.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA

4.2.1 DETECCIÓN

4.2.1.1 FACTORES DE RIESGO

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



Se observa que el consumo de tabaco, alcohol, café y las dietas ricas en grasas son factores que se han asociado a dispepsia funcional.

4  
Guía de práctica clínica dispepsia, Barcelona 2003.

**E**

Los pacientes con estrés, ansiedad, depresión y neurosis presentan mayor riesgo de dispepsia funcional.

2b  
Guía de práctica clínica dispepsia, Barcelona 2003.

**E**

La prevalencia de H. pylori se incrementa en relación a la edad y el nivel socioeconómico, y no se ha logrado confirmar o refutar su asociado con dispepsia.

1a  
Guía de práctica clínica dispepsia, Barcelona 2003.

**E**

El tabaco y los AINE son los factores de mayor riesgo para ulcera péptica y dispepsia.

1a  
Guía de práctica clínica dispepsia, Barcelona 2003.

#### 4.2.2 DIAGNÓSTICO

##### 4.2.2.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

### Evidencia / Recomendación

### Nivel / Grado

**R**

La definición de dispepsia funcional requiere la exclusión de otras patologías locales y/o causas metabólicas.

C  
Management of dyspepsia and heartburn. New Zealand, 2004.

**R**

En los pacientes con dispepsia se deben valorar dieta, peso, tabaquismo, consumo de alcohol e ingesta de medicamentos, especialmente AINE

Consenso de expertos  
Management of dyspepsia and heartburn. New Zealand, 2004.

**R**

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.

C  
Management of dyspepsia and heartburn. New Zealand, 2004.

**E**

Los padecimientos que con más frecuencia se asocian a dispepsia son ERGE, ulcera péptica y cáncer gástrico.

1a  
Management of dyspepsia and heartburn. New Zealand, 2004.

**R**

En todos los pacientes con dispepsia se deben buscar intencionadamente signos y síntomas de alarma (anexo 6.2, cuadro I).

B  
Guía de práctica clínica dispepsia, Barcelona 2003.

**R**

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

- Que los síntomas se presenten al menos en el 25% de los días en las últimas 4 semanas.
- Ausencia de daño orgánico demostrado por endoscopia gastrointestinal alta.

Consenso de expertos  
Initial management of dyspepsia and GERD. ICSI, 2006.  
Guía de práctica clínica dispepsia, Barcelona 2003.

#### 4.2.2.2 PRUEBAS DIAGNÓSTICAS (LABORATORIO Y GABINETE)

##### Evidencia / Recomendación

##### Nivel / Grado

**E**

La endoscopia es el procedimiento de elección para el estudio de la dispepsia y enfermedades asociadas (Valor Predictivo Positivo 1.00, Valor Predictivo Negativo 0.89).

1a  
Management of dyspepsia and heartburn. New Zealand, 2004.

**R**

En los pacientes con dispepsia que tienen cualquier signo y síntoma de alarma, esta indicada la realización de endoscopia.

B  
Management of dyspepsia and heartburn. New Zealand, 2004.

**R**

En la primera consulta de los pacientes con dispepsia se deben 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.

Consenso de expertos  
Management of dyspepsia and heartburn. New Zealand, 2004.

E

Otros estudios de laboratorio como pruebas de función hepática (PFH) o radiografías simples, serie esofagogastroduodenal (SEGD) no son útiles para el diagnóstico de dispepsia funcional.

2b  
Guía de práctica clínica dispepsia, Barcelona 2003.

✓/R

PFH, estudios de rayos X y SEGD, no se recomiendan de manera rutinaria en el estudio de la dispepsia funcional.

✓  
Buena Practica

E

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.

2b  
Guía de práctica clínica dispepsia, Barcelona 2003.

E

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.

1a  
Dyspepsia a national clinical guidelines, SIGN 2003, actualization 2007.

#### 4.2.3 TRATAMIENTO

##### 4.2.3.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

### Evidencia / Recomendación

### Nivel / Grado

R

En todos los pacientes con dispepsia sin signos y síntomas de alarma o manifestaciones de ERGE se debe iniciar tratamiento empírico.

Consenso de expertos  
Management of dyspepsia and heartburn. New Zealand, 2004.

R

En los pacientes con dispepsia se recomienda dar tratamiento empírico inicial en el siguiente orden:

1. Procinéticos, domperidona o metoclopramida
  2. Ranitidina
  3. Omeprazol
- (anexo 6.2, cuadro II)

A  
Management of dyspepsia and heartburn. New Zealand, 2004.

R

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. (terapia triple) (anexo 6.2, cuadro III)

A, consenso de expertos  
Management of dyspepsia and heartburn. New Zealand, 2004.

✓/R

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) (anexo 6.3, cuadro III)

✓  
Buena Practica

R

Si hay datos de dispepsia y pirosis tratar de primera instancia como enfermedad por reflujo gastroesofágico (ver guía correspondiente).

Consenso de expertos  
Management of dyspepsia and heartburn. New Zealand, 2004.

R

En pacientes con uso de AINE y dispepsia suspenderlos si es posible.

C  
Management of dyspepsia and heartburn. New Zealand, 2004.

R

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).

A, B  
Management of dyspepsia and heartburn. New Zealand, 2004.

R

En pacientes con dispepsia y uso de AINE que no mejoran con el uso de omeprazol o cambio de AINE en 4 a 8 semanas, se recomienda enviar a segundo nivel.

A  
Management of dyspepsia and heartburn. New Zealand, 2004.

R

En pacientes con antecedente de dispepsia y recurrencia de los síntomas después de 6 meses de suspendido el tratamiento y sin signos/sintomas de alarma, se debe repetir el tratamiento empírico.

C  
Management of dyspepsia and heartburn. New Zealand, 2004.

R

Si después de 4 a 12 semanas de tratamiento empírico hay remisión de los síntomas, no existe indicación para continuar el tratamiento farmacológico.

C  
Management of dyspepsia and heartburn. New Zealand, 2004.  
Initial management of dyspepsia and GERD. ICSI, 2006.

4.2.3.2 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 Los pacientes con dispepsia pueden beneficiarse de las modificaciones en el estilo de vida: dieta, reducción de peso, suspender tabaquismo y moderación en la ingesta de alcohol.	2b Guía de práctica clínica dispepsia, Barcelona 2003.
 A los pacientes se les debe de alentar a seguir un plan nutricional, programa de ejercicio, control del peso, suspender tabaquismo y moderar la ingesta de alcohol. Lo cual se puede reforzar si se les otorga por escrito estas recomendaciones (anexo 6.2, cuadro IV).	2 Dyspepsia. Managing dyspepsia in adults in primary care. NICE 2004.
 En caso de que el paciente presente estrés, ansiedad, depresión o cualquier otro trastorno emocional se recomienda enviar a psicología para valoración.	✓ Buena Practica
	✓ Buena Practica

4.3 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

4.3.1 CRITERIOS TÉCNICO MÉDICOS DE REFERENCIA

4.3.1.1 REFERENCIA AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 Los pacientes con dispepsia que persisten con síntomas a pesar del tratamiento empírico inicial y de los dos esquemas de tratamiento para erradicación de <i>H. pylori</i> , deben ser referidos a segundo nivel. Previa verificación del apego al tratamiento.	B, C Management of dyspepsia and heartburn. New Zealand, 2004.
 Los pacientes con dispepsia y cualquier signo y síntomas de alarma requieren envío a segundo nivel para la realización de endoscopia.	B Management of dyspepsia and heartburn. New Zealand, 2004.

R

Los pacientes con inicio de síntomas después de los 50 años deben ser enviados a segundo nivel.

B  
Management of dyspepsia and heartburn. New Zealand, 2004.

R

En pacientes con dispepsia y uso de AINE que no mejoran con el uso de omeprazol o cambio de AINE en 4 a 12 semanas, se recomienda enviar a segundo nivel.

A  
Management of dyspepsia and heartburn. New Zealand, 2004.

#### 4.4 VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

✓/R

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

✓  
Buena Practica

#### 4.5 TIEMPO ESTIMADO DE RECUPERACIÓN Y DÍAS DE INCAPACIDAD CUANDO PROCEDA

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

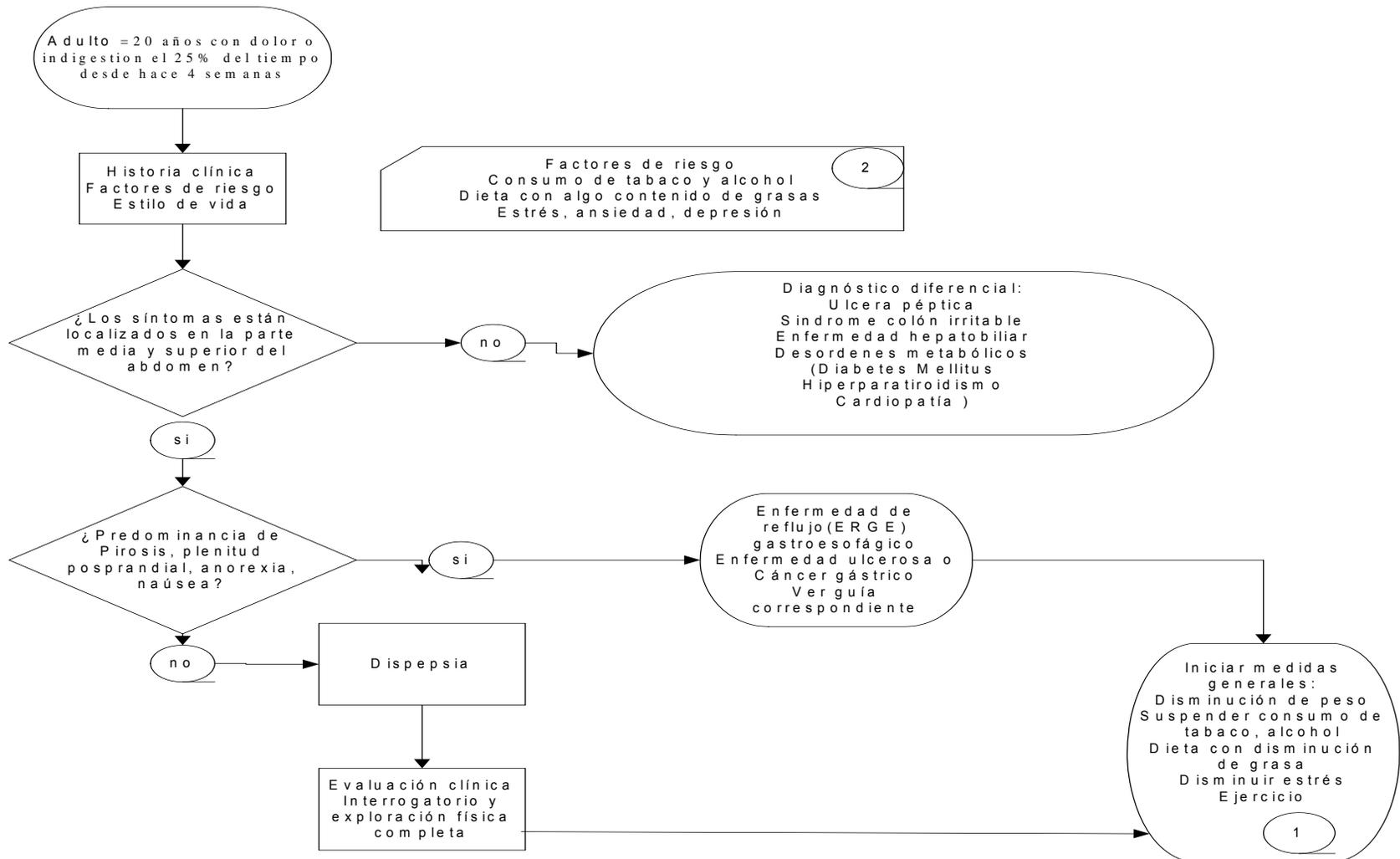
R

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

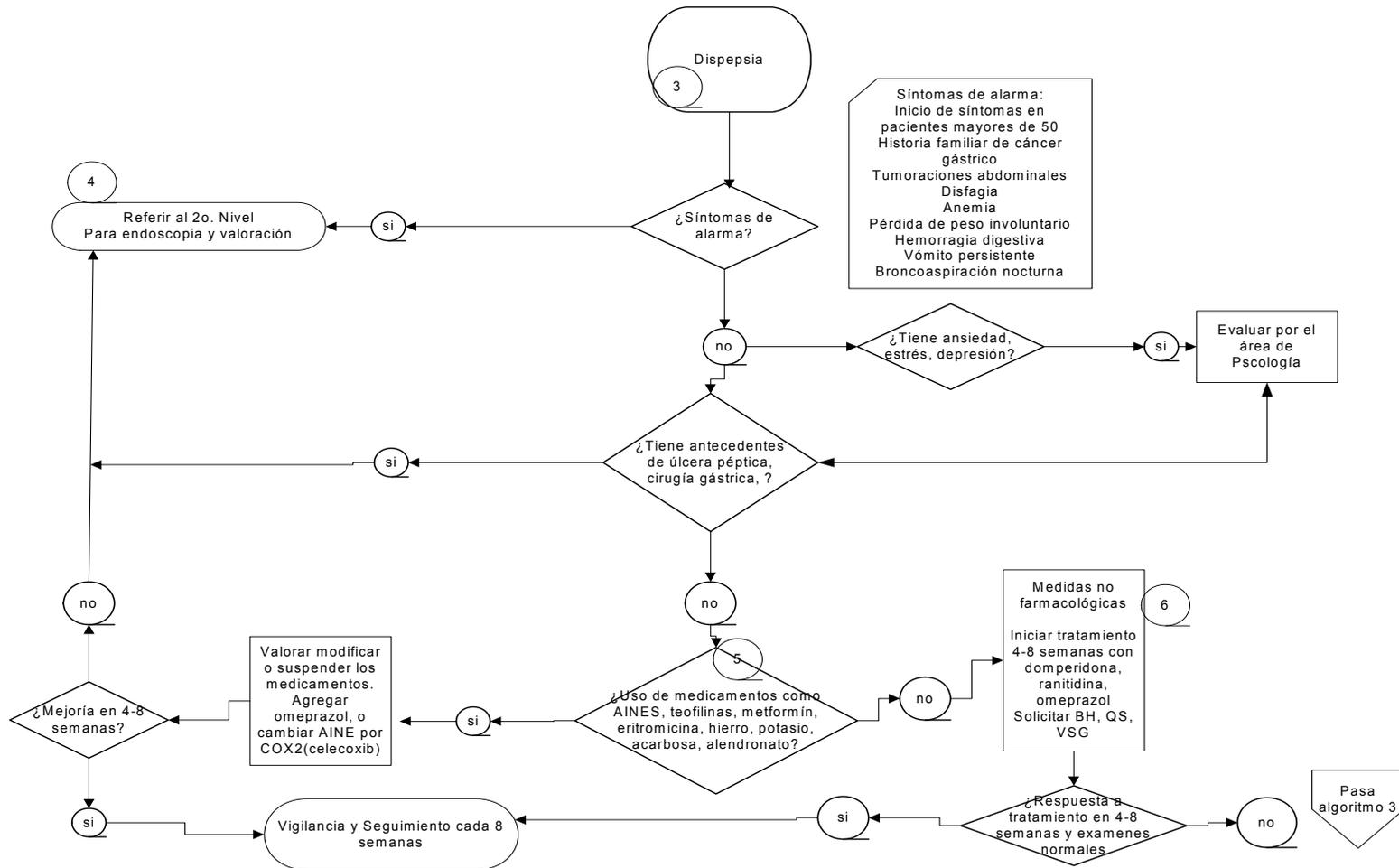
C  
MDA, 2005

## ALGORITMOS

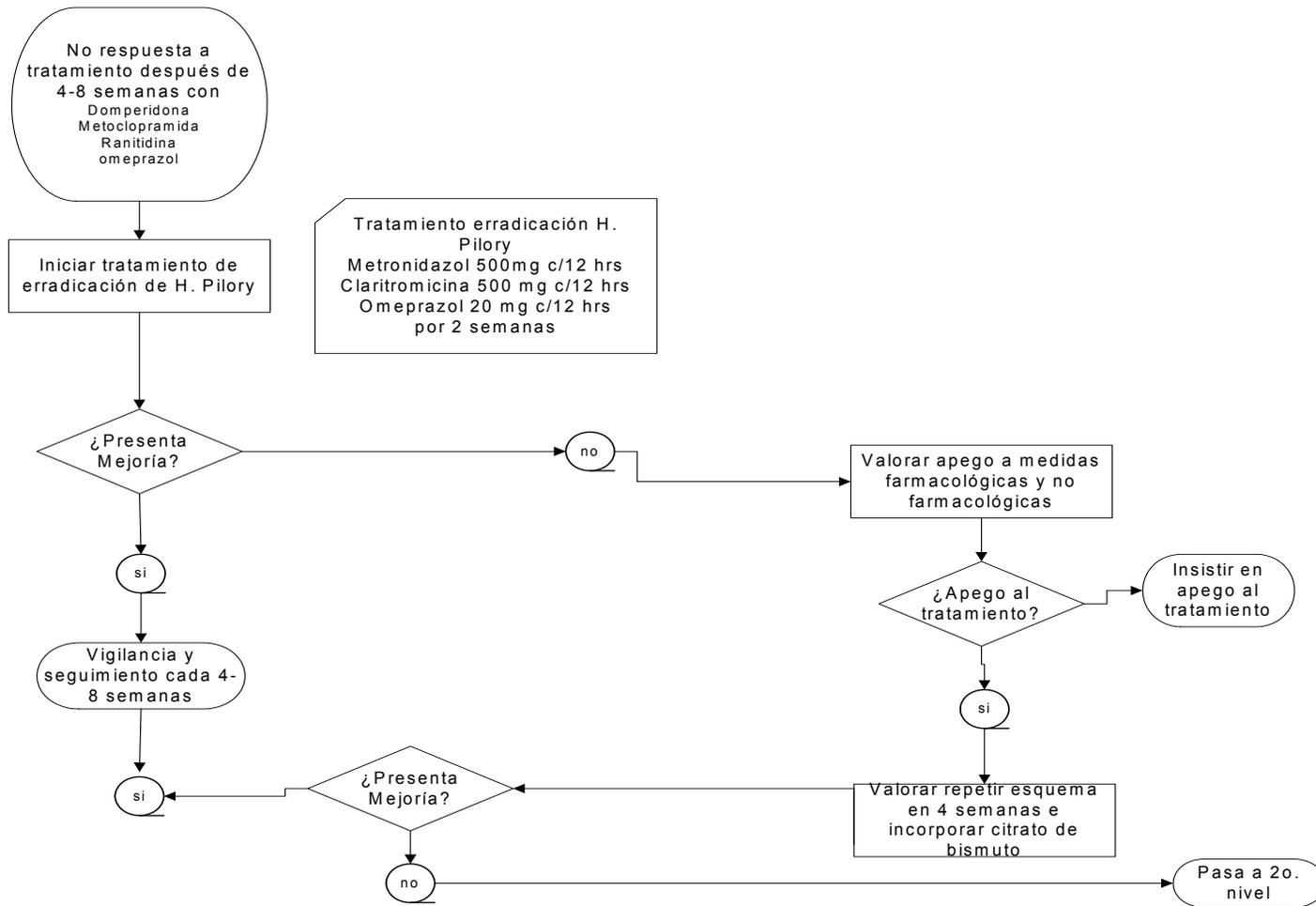
**Algoritmo 1. Dispepsia funcional. Detección y diagnóstico en el primer nivel de atención**



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



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



## 5. DEFINICIONES OPERATIVAS

**Distensión del abdomen superior:** Sensación de pesantez o peso localizado en la parte superior del abdomen; debe ser diferenciado de la distensión abdominal visible.

**Dolor centrado en el abdomen superior:** Dolor referido como una sensación subjetiva y desagradable. Otros síntomas que pueden ser realmente molestos son interpretados por el paciente como el dolor. Mediante la entrevista clínica al paciente, el dolor debe diferenciarse de las molestias.

**Enfermedad de reflujo gastroesofágico (ERGE):** Describe la sensación del retorno del contenido del estómago, a través del esfínter esofágico inferior hacia el esófago, provocando la exposición de la mucosa al contenido ácido del estómago. Los síntomas asociados son pirosis, regurgitaciones, agruras, "acedias".

**Enfermedad ulcerosa péptica:** Es la perforación en la mucosa del estómago o duodeno, que en ocasiones puede extenderse hasta la capa muscular.

**Malestar abdominal:** sensación subjetiva negativa no interpretada como dolor, incluye sensación de plenitud gástrica temprana, náusea, vómito, eructos, distensión e "indigestión".

**Náusea:** Repugnancia o sensación de ganas de vomitar, que a veces se acompaña de sensación de mareo.

**Pirosis:** Sensación de quemadura retroesternal.

**Plenitud:** Sensación desagradable de persistencia de comida en el estómago.

**Saciedad temprana:** Sensación de que el estómago se llena pronto, después de empezar a comer, de manera desproporcionada con la cantidad de comida ingerida e impidiendo al paciente termine de comer.

## 6. ANEXOS

### 6.1 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos, liderados por Guyatt, de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster en Canadá. En palabras de Sackett, “la MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales” (Evidence-Based Medicine Working Group 1992, Sackett et al, 1996).

En esencia, la MBE pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, siendo su objetivo disponer de la mejor información científica disponible -la evidencia- para aplicarla a la práctica clínica (Guerra Romero et al, 1996)

La fase de presentación de la evidencia consiste en la organización de la información disponible según criterios relacionados con las características cualitativas, diseño y tipo de resultados de los estudios disponibles. La clasificación de la evidencia permite emitir recomendaciones sobre la inclusión o no de una intervención dentro de la GPC (Jovell AJ et al, 2006)

Existen diferentes formas de gradar la evidencia (Harbour R et al, 2001) en función del rigor científico del diseño de los estudios pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria (Guyatt GH et al, 1993). Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

A continuación se describen las escalas de evidencia para las referencias utilizadas en esta guía y de las GPC utilizadas como referencia para la adopción y adaptación de las recomendaciones.

#### CUADRO I. LA ESCALA MODIFICADA DE SHEKELLE Y COLABORADORES

Clasifica la evidencia en niveles (categorías) e indica el origen de las recomendaciones emitidas por medio del grado de fuerza. Para establecer la categoría de la evidencia utiliza números romanos de I a IV y las letras a y b (minúsculas). En la fuerza de recomendación letras mayúsculas de la A a la D.

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
Ia. Evidencia para meta-análisis de los estudios clínicos aleatorios	A. Directamente basada en evidencia categoría I
Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorios	
IIa. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad	B. Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I
IIb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte	

III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas	C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas	D. Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías II, III

Modificado de: Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999; 3:18:593-59

**CUADRO II. NIVEL DE EVIDENCIA Y GRADO DE RECOMENDACIÓN GUIA CLÍNICA DE MANEJO DE DISPEPSIA DEL GRUPO DE NUEVA ZELANDA.**

<b>Niveles de evidencia</b>	
Evidencia obtenida de meta análisis de ensayos controlados aleatorizados (ECA)	Ia
Evidencia obtenida de ensayos controlados	Ib
Evidencia obtenida de estudios controlados sin aleatorización	IIa
Evidencia obtenida de estudios con diseño cuasi-experimental	IIb
Evidencia obtenida de estudios descriptivos, comparativos como estudios de casos y de correlación	III
Evidencia obtenida de reporte de comité de expertos, opinión y/o experiencia clínica de autoridades respetadas	IV
<b>Grado de recomendación</b>	
EVIDENCIA NIVEL Ia y Ib Requiere un (ECA) como parte del cuerpo de la literatura de buena calidad y consistencia para la recomendación específica	A
EVIDENCIA NIVEL IIa, IIb y III Requiere disponibilidad de estudios bien conducidos, pero no ECA para la recomendación específica.	B
EVIDENCIA NIVEL IV Requiere evidencia obtenida de reporte de comité de expertos, opinión y/o experiencia clínica de autoridades respetadas	C
NOTAS DE BUENA PRACTICA Recomendaciones para mejorar la practica clínica basadas en la experiencia de la Dispepsia y Enfermedad del Reflujo Gastroesofágico	√

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

**CUADRO III. NIVEL DE GRADO DE LA EVIDENCIA ICSI INITIAL MANAGEMENT OF DYSPEPSIA AND GERD. 2006**

I.- Tipos de reportes de investigación

A.- Reportes primarios de una nueva colección de datos

Clase A	Ensayo clínico aleatorizado
Clase B	Estudio de cohorte
Clase C	Ensayo no aleatorizado con controles concurrentes o históricos Estudio de casos y controles Estudio de sensibilidad y especificidad de una prueba diagnóstica Estudio descriptivo de base poblacional
Clase D	Estudio transversal Series de casos Reporte de caso

B.- Reportes que sintetizan la recolección de reportes primarios

Clase M	Meta-análisis Revisión sistemática Análisis de decisión Análisis costo-efectividad
Clase R	Documento de consenso Reporte de consenso Revisión narrativa
Clase X	Opinión médica

Fuente: Initial management of dyspepsia and GERD. ICSI, 2006.

**CUADRO IV. GRADO DE RECOMENDACIÓN Y EVIDENCIA GUIA PRÁCTICA CLÍNICA NICE 2004.**

<b>Grado de evidencia</b>	<b>Interpretación de la evidencia</b>
I ALTO	La descripción de los efectos es pausable, con cuantificación precisa y no vulnerable a sesgo.
II INTERMEDIO	La descripción de los efectos es pausable pero no hay cuantificación precisa y puede ser vulnerable a sesgo.
III BAJO	Presenta vulnerabilidad a sesgo grave que limita el valor del efecto medido o cuantificado
<b>Grado de recomendación</b>	<b>Interpretación de la recomendación</b>
A RECOMENDACIÓN	Hay una recomendación fuerte para recomendar un patrón de atención
B RECOMENDACIÓN PROVISIONAL	Sobre el balance de la evidencia, un patrón de atención es recomendado con precaución.
C OPINIÓN DE CONSENSO	Evidencia inconsistente, el patrón de atención es recomendado por consenso del grupo de trabajo

Fuente: NICE. Dyspepsia. Managing dyspepsia in adults in primary care. 2004

**CUADRO V. NIVEL DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK DYSPEPSIA 2003, ACTUALIZATION 2007.**

<b>Niveles de evidencia</b>	
1++	Alta calidad metaanálisis, revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios (ECA) ó ECA con un bajo riesgo de sesgo
1+	Metaanálisis bien conducidos, revisiones sistemáticas de ECA ó ECA con bajo riesgo de sesgo
1-	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ECA ó ECA con un alto riesgo de sesgo
2++	Alta calidad revisiones sistemáticas de estudios de cohorte ó casos y controles Alta calidad estudios de cohorte ó casos y control con muy bajo riesgo de confusión ó sesgo y alta probabilidad de que la relación es causal
2+	Estudios de cohorte o casos y controles bien conducidos con un bajo riesgo de confusión o sesgo y una moderada probabilidad de que la relación es causal
2-	Estudios de cohorte o casos y controles bien conducidos con un alto riesgo de confusión o sesgo y riesgo significativo de que la relación no es causal
3	Estudios no analíticos (reporte de casos, serie de casos)
4	Opinión de expertos
<b>Grado de recomendación</b>	
A	Como mínimo un metaanálisis, revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios (ECA) ó ECA clasificados como 1++ y directamente aplicable a la población blanco ó El sustento de la evidencia consiste principalmente de estudios clasificados 1+ , directamente aplicable a la población blanco y demostración consistente de los resultados
B	El sustento de la evidencia incluye estudios clasificados 2++ directamente aplicable a la población blanco y demostración consistente de los resultados ó Evidencia extrapolada de estudios clasificados como 1++ ó 1+
C	El sustento de la evidencia incluye estudios clasificados 2+ directamente aplicable a la población blanco y demostración consistente de los resultados ó Evidencia extrapolada de estudios clasificados como 2++
D	Nivel de evidencia 3 ó 4 ó Evidencia extrapolada de estudios clasificados como 2+
√	Recomendaciones para mejorar la practica clínica basadas en la experiencia clínica del grupo que elaboró la guía.

Fuente: SIGN. Dyspepsia a national clinical guidelines 2003, actualization 2007

**CUADRO VI. ESCALA DE RECOMENDACIONES Y NIVEL DE EVIDENCIA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA  
DISPEPSIA. MANEJO DEL PACIENTE CON DISPEPSIA. BARCELONA 2003. (SOCIEDAD ESPAÑOLA DE  
MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA)**

**Estudios sobre tratamiento, prevención, etiología y complicaciones**

Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	1a	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios, con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección)
	1b	Ensayo clínico aleatorio individual (con intervalos de confianza estrechos)
	1c	Eficacia demostrada por la práctica clínica y no por la experimentación
B	2a	Revisión sistemática de estudios de cohortes, con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección)
	2b	Estudio de cohortes individual y ensayos clínicos aleatorios de baja calidad (< 80% de seguimiento)
	2c	Investigación de resultados en salud, estudios ecológicos
	3a	Revisión sistemática de estudios de caso-control, con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección)
	3b	Estudios de caso-control individuales
C	4	Serie de casos y estudios de cohortes y caso-control de baja calidad
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita

**Estudios de historia natural y pronóstico**

Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	1a	Revisión sistemática de estudios cuyo diseño es de tipo cohortes, con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección), reglas de decisión diagnóstica (algoritmos de estimación o escalas que permiten estimar el pronóstico) validadas en diferentes poblaciones
	1b	Estudio cuyo diseño es de tipo cohortes con > 80% de seguimiento, reglas de decisión diagnóstica (algoritmos de estimación o escalas que permiten estimar el pronóstico) validadas en una única población
	1c	Eficacia demostrada por la práctica clínica y no por la experimentación (series de casos)
B	2a	Revisión sistemática de estudios de cohorte retrospectiva o de grupos controles

	2b	no tratados en un ensayo clínico aleatorio, con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección)
	2c	Estudio de cohorte retrospectiva o seguimiento de controles no tratados en un ensayo clínico aleatorio, reglas de decisión diagnóstica (algoritmos de estimación o escalas que permiten estimar el pronóstico) validadas en muestras separadas Investigación de resultados en salud
C	4	Serie de casos y estudios de cohortes de pronóstico de poca calidad
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita

### Diagnóstico diferencial/estudio de prevalencia de síntomas

Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	1a	Revisión sistemática, con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección) de estudios prospectivos de cohortes
	1b	Estudio de cohortes prospectivo con un seguimiento > 80% y con una duración adecuada para la posible aparición de diagnósticos alternativos
	1c	Eficacia demostrada por la práctica clínica y no por la experimentación (series de casos)
B	2a	Revisión sistemática de estudios de nivel 2 o superiores, con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección)
	2b	Estudio de cohortes retrospectivo o de baja calidad (< 80% de seguimiento)
	2c	Estudios ecológicos
	3a	Revisión sistemática de estudios de nivel 3b o superiores, con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección)
	3b	Estudio de cohortes con pacientes no consecutivos o con una población muy reducida
C	4	Series de casos o estándares de referencia no aplicados
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita

### Diagnóstico

Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	1a	Revisión sistemática de estudios diagnósticos de nivel 1 (alta calidad), con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección), reglas de decisión diagnóstica con estudios 1 b de diferentes centros clínicos
	1b	Estudios de cohortes que validen la calidad de un test específico, con

	1c	unos buenos estándares de referencia (independientes del test) o a partir de algoritmos de categorización del diagnóstico (reglas de decisión diagnóstica) estudiados en un solo centro Pruebas diagnósticas con especificidad tan alta que un resultado positivo confirma el diagnóstico y con sensibilidad tan alta que un resultado negativo descarta el diagnóstico
B	2a	Revisión sistemática de estudios diagnósticos de nivel 2 (mediana calidad) con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección)
	2b	Estudios exploratorios que, por ejemplo, a través de una regresión logística, determinen qué factores son significativos con unos buenos estándares de referencia (independientes del test), algoritmos de categorización del diagnóstico (reglas de decisión diagnóstica) derivados o validados en muestras separadas o bases de datos
	3a	Revisión sistemática de estudios diagnósticos de nivel 3 b o superiores (mediana calidad) con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección)
	3b	Estudio con pacientes no consecutivos, sin estándares de referencia aplicados de manera consistente
C	4	Estudio de casos y controles de baja calidad o sin un estándar independiente
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita

### Análisis económico y análisis de decisiones

Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	1a	Revisión sistemática de estudios económicos de nivel 1 (alta calidad), con homogeneidad, o sea, que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección
	1b	Análisis basados en los costes clínicos o en sus alternativas, revisiones sistemáticas de la evidencia, e inclusión de análisis de sensibilidad
	1c	Análisis en términos absolutos de riesgos y beneficios clínicos: claramente tan buenas o mejores, pero más baratas, claramente tan malas o peores, pero más caras
B	2a	Revisión sistemática de estudios económicos de nivel 2 (mediana calidad) con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección)
	2b	Análisis basados en los costes clínicos o en sus alternativas, revisiones sistemáticas con evidencia limitada, estudios individuales, e inclusión de análisis de sensibilidad
	2c	Investigación de resultados en salud Revisión sistemática de estudios económicos de nivel 3 b o

	3a	superiores (mediana calidad) con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección) Análisis sin medidas de coste precisas, pero incluyendo un análisis de sensibilidad que incorpora variaciones clínicamente sensibles en las variables importantes
	3b	
C	4	Análisis que no incluye análisis de la sensibilidad
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita

Fuentes: Guía de práctica clínica. Manejo del paciente con dispepsia. Barcelona 2003

## 6.2 ANEXOS CLÍNICOS

**CUADRO I. SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA EN DISPEPSIA\***

<p>Inicio de los síntomas en pacientes mayores de 50 años                  Historia familiar de cáncer gástrico, sobre todo en menores de 50 años                  Alteraciones en la exploración física (tumores abdominales)                  Presencia de disfagia                  Anemia                  Pérdida de peso no intencionada o inexplicable mayor del 5%                  Hemorragia digestiva manifestada por hematemesis y/o melena                  Vómito persistente                  Accesos de tos con broncoaspiración nocturna</p> <p>El uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) asociado a otros signos o síntomas de alarma se considera de más alto riesgo</p> <p>*Indican la necesidad de envío para realizar endoscopia lo más pronto posible</p>
--

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

**CUADRO II. TRATAMIENTO FARMACOLOGICO UTILIZADO EN LA DISPEPSIA**

<b>INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES</b>			
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
<b>Antagonistas de receptores H2</b>			
Ranitidina	150mg /12 hrs	4-12 semanas	150mg tab/20 tab
<b>Procineticos</b>			
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 Best Practice Guideline. Management of dyspepsia and heartburn. 2004.

**CUADRO III. TRATAMIENTO DE ERRADICACION DE H. PYLORI**

<b>Tratamiento de erradicacion de h. pylori*</b>			
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 cuádruple	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 Best Practice Guideline. Management of dyspepsia and heartburn. 2004.

**CUADRO IV. GUÍA 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 náuseas, 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**

## 6.3 MEDICAMENTOS

Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
2128	Amoxicilina	1000 mgs cada 12 horas	500 mgs/ envase con 12 ó 15 cápsulas	14 días	Náusea, vómito, diarrea.	Con probenecid y cimetidina aumentan su concentración plasmática.	Hipersensibilidad a las penicilinas o a las cefalosporinas.
	Citrato de bismuto	120 ml cada 6 horas		14 días	Encefalopatía, constipación, acúfenos, ennegrecimiento temporal de lengua y heces.	Disminuye el efecto de los anticoagulantes e hipoglucemiantes orales. Con probenecid riesgo de disminución del efecto uricosúrico.	Hipersensibilidad al fármaco y a salicilatos; úlcera péptica sangrante, insuficiencia renal, hemofilia.
2132	Claritromicina	500 mgs cada 12 horas	250 mgs/ envase con 10 tabletas	14 días	Náusea, vómito, dispepsia, dolor abdominal, diarrea, urticaria, cefalea.	Incrementa los efectos de terfenadina, carbamazepina, cisaprida, digoxina, ergotamina, teofilina, zidovudina y triazolam.	Hipersensibilidad al fármaco.
1242	Metoclopramida	10 mgs preprandial	10 mgs/ envase con 20 tabletas	4-12 semanas	Somnolencia, astenia, fatiga, lasitud, con menor frecuencia puede aparecer, insomnio, cefalea, mareos, náuseas, síntomas extrapiramidales, galactorrea, ginecomastia, "rash", urticaria o trastornos intestinales.	Anticolinérgicos y opiáceos antagonizan su efecto sobre la motilidad. Se potencian los efectos sedantes con bebidas alcohólicas, hipnóticos, tranquilizantes y otros depresores del sistema nervioso central.	Hipersensibilidad al fármaco, hemorragia gastrointestinal, obstrucción mecánica o perforación intestinal

Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
1308	Metronidazol	500 mgs cada 8 ó 12 horas (de acuerdo a terapia triple o cuadruple)	500 mgs/ envase con 20 ó 30 tabletas	14 días	Vértigo, cefalea, náusea, vómito, anorexia, cólicos, diarrea, calambres abdominales, depresión, insomnio.	Con la ingestión de alcohol se produce el efecto antabuse, con la ciclosporina puede aumentar los riesgos de neurotoxicidad.	Hipersensibilidad al fármaco.
	Omeprazol	20 mgs cada 24 horas	20 mgs/ envase con 7 cápsulas	4-12 semanas	Rash, urticaria, prurito, diarrea, cefalea, náusea, vómito, flatulencia, dolor abdominal, somnolencia, insomnio, vértigo, visión borrosa alteración del gusto, edema periférico, ginecomastias, leucopenia, trombocitopenia, fiebre, broncospasmo.	Puede retrasar la eliminación del diazepam, de la fenitoína y de otros fármacos que se metabolizan en hígado por el citocromo P450, altera la eliminación del ketoconazol y claritromicina.	Hipersensibilidad a los componentes de la fórmula.
	Pantoprazol	20 mgs cada 24 horas		4-12 semanas	Rash, urticaria, prurito, diarrea, cefalea, náusea, vómito, flatulencia, dolor abdominal, somnolencia, insomnio, vértigo, visión borrosa alteración del gusto, edema periférico, ginecomastias, leucopenia, trombocitopenia, fiebre, broncospasmo.	Puede retrasar la eliminación del diazepam, de la fenitoína y de otros fármacos que se metabolizan en hígado por el citocromo P450, altera la eliminación del ketoconazol y claritromicina.	Hipersensibilidad a los componentes de la fórmula.

Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
1233	Ranitidina	150 mgs cada 12 horas	150 mgs/ envase con 20 grageas o tabletas	4-12 semanas	Neutropenia, trombocitopenia, cefalea, malestar general, mareos, confusión, bradicardia. náusea y estreñimiento, ictericia, exantema.	Los antiácidos interfieren con su absorción. Aumenta los niveles sanguíneos de glipizida, procainamida, warfarina, metoprolol, nifedipino y fenilhidantoína; disminuye la absorción de ketoconazol.	Hipersensibilidad al fármaco y a otros antagonistas de los receptores H <sub>2</sub> , cirrosis y encefalopatía hepática, IRC.
1981	Tetraciclina	500 mgs cada 6 horas	250 mgs/ envase con 10 tabletas o cápsulas		Náusea, vómito, diarrea, fotosensibilidad y reacciones alérgicas graves. En los niños produce defectos en el esmalte, retraso del crecimiento óseo y pigmentación de los dientes.	Antiácidos y sustancias que contengan aluminio, calcio, zinc, hierro y magnesio disminuyen la absorción de tetraciclinas, por la formación de quelatos.	Hipersensibilidad al fármaco, insuficiencia renal o hepática, y en menores de 10 años.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. An evidence-based approach to the management of uninvestigated dyspepsia in the era of *H. pylori*. CMAJ / JAMC, 2000; 162 (Suppl 2): S3-S23.
2. An evidence-based approach to the management of uninvestigated dyspepsia in the era of *H. pylori*. CMAJ, 2000.
3. Bembibre L, Taboada Y. Dispepsia. Guía clínica de dispepsia del médico de familia. Grupo SERGAS del area sanitaria de La Coruña, 2004. [www.fisterra.org](http://www.fisterra.org)
4. Dyspepsia. A national clinical guidelines, Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Edimburgo, Escocia. 2003, actualización 2007. 27pp. [www.sign.ac.uk](http://www.sign.ac.uk)
5. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 1992;268:2420-2425
6. Guerra Romero L. La medicina basada en la evidencia: un intento de acercar la ciencia al arte de la práctica clínica. Med Clin (Barc) 1996;107:377-382.
7. Guía clínica de dispepsia del médico de familia. Fisterra, 2004.
8. Guía clínica para la atención de la dispepsia funcional, IMSS, 2003
9. Guía de práctica clínica dispepsia 3. Manejo del paciente con dispepsia. Barcelona 2003. Asociación española de gastroenterología, Sociedad española de medicina de familia y comunitaria y Centro Cochrand Iberoamericano.
10. Guyatt GH, Sackett DL, Sinclair JC, Hayward R, Cook DJ, Cook RJ. Users' Guides to the Medical Literature: IX. JAMA 1993; 270 (17); 2096-2097.
11. Harbour R, Miller J. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. BMJ. 2001; 323 (7308):334-336. [acceso 26 de junio de 2006] Disponible en:<http://bmj.com/cgi/content/full/323/7308/334>.
12. Initial management of dyspepsia and GERD. Institute for Clinical System Improvement. USA, 2006. [www.icsi.org](http://www.icsi.org)
13. Jovell AJ, Navarro-Rubio MD. Evaluación de la evidencia científica. Med Clin (Barc) 1995;105:740-743
14. Medical Disability Advisor. MDA-5. Guía electrónica de prescripción de incapacidades. 2005.
15. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Dyspepsia. Managing dyspepsia in adults in primary care. 2004.
16. New Zealand Guidelines Group (NZGG). Evidence-based Best Practice Guideline. Management of dyspepsia and heartburn. 2004.
17. New Zealand Guidelines Group (NZGG). Summary. Evidence-based Best Practice Guideline. Management of dyspepsia and heartburn. 2004.
18. Oviedo MA, Galindo G, Ángeles R. Guía clínica para la atención de la dispepsia funcional. Revista médica del IMSS, 2003. [www.imss.gob.mx](http://www.imss.gob.mx)
19. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gary JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what is it and what it isn't. BMJ 1996;312:71-72.
20. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Dyspepsia a national clinical guidelines, 2003, actualización 2007.

## 8 AGRADECIMIENTOS

El grupo de trabajo manifiesta su sincero agradecimiento a quienes hicieron posible la elaboración de esta guía, por contribuir en la planeación, la movilización de los profesionales de salud, la organización de las reuniones y talleres, la integración del grupo de trabajo, la realización del protocolo de búsqueda y la concepción del documento, así como su solidaridad institucional.

### Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS

NOMBRE	CARGO/ADSCRIPCIÓN
Dr. Evaristo Hinojosa Medina	Jefe de Prestaciones Médicas Delegación Sur D.F.
Dr. Ezequiel Alonso Velez	Director HP/MF No 10, Delegación Sur D.F
Dr. Manuel Cervantes Ocampo	Jefe de Prestaciones Médicas Delegación Estatal Jalisco
Dr. Raúl Peña Viveros	Jefe de Prestaciones Médica Delegación Regional Estado de México Oriente
Dr. Aarón Ortega Díaz	Director UMF 64, Estado de México, Oriente
Dr. Ramón Adolfo Higuera	Jefe de Prestaciones Médicas Delegación Estatal Sonora
Dr. José Sergio Gil Samaniego	Director UMF 67, Ciudad Obregón, Sonora
Dr. Juan Francisco Irizar López	Jefe de Prestaciones Médicas Delegación Estatal Coahuila
Dr. Juan Francisco López Salinas	Director HGZ/MF No 7, Monclova Coahuila
Srita. Laura Fraire Hernández	Secretaría División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Srita. Alma Delia García Vidal	Secretaría División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajería División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Lic. Cecilia Esquivel González	Analista División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE (Comisionado UMAE HE CMN La Raza )
Lic. Uri Iván Chaparro Sánchez	Edición División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE (Comisionado UMAE HO CMN S. XXI)

## 9. COMITÉ ACADÉMICO

**Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad/ CUMAE  
División de Excelencia Clínica  
Instituto Mexicano del Seguro Social/ IMSS**

Dr. Alfonso A. Cerón Hernández	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniestra Osorio	Jefe de División
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa de Área de Innovación de Procesos Clínicos
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dr. Rodolfo de Jesús Castaño Guerra	Jefe de Área
Dra. María Luisa Peralta Pedrero	
Dr. Antonio Barrera Cruz	
Dra. Aidé María Sandoval Mex	
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	
Dra. Agustina Consuelo Medécigo Micete	Coordinadores de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	
Dr. Carlos Martínez Murillo	
Dra. Sonia P. de Santillana Hernández	Comisionadas a la División de Excelencia Clínica
Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez	
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	
Lic. María Eugenia Mancilla García	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Analista Coordinador

## 10. DIRECTORIO

### DIRECTORIO SECTORIAL Y DIRECTORIO INSTITUCIONAL

**Secretaría de Salud**

Dr. José Ángel Córdova Villalobos

**Secretario de Salud**

**Instituto Mexicano del Seguro  
Social / IMSS**

Mtro. Daniel Karam Toumeh

**Director General**

**Instituto de Seguridad y Servicios  
Sociales para los Trabajadores del  
Estado / ISSSTE**

Lic. Miguel Ángel Yunes Linares

**Director General**

**Sistema Nacional para el Desarrollo  
Integral de la Familia / DIF**

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morin

**Titular del organismo SNDIF**

**Petróleos Mexicanos / PEMEX**

Dr. Jesús Federico Reyes Heróles González Garza

**Director General**

**Secretaría de Marina**

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza

**Secretario de Marina**

**Secretaría de la Defensa Nacional**

General Guillermo Galván Galván

**Secretario de la Defensa Nacional**

**Consejo de Salubridad General**

Dr. Enrique Ruelas Barajas

**Secretario del Consejo de Salubridad General**

**Instituto Mexicano del Seguro Social**

Dr. Santiago Echevarría Zuno

**Director de Prestaciones Médicas**

Dr. Francisco Javier Méndez Bueno

**Titular de la Unidad de Atención  
Médica**

Dr. Alfonso Alberto Cerón Hernández

**Coordinador de Unidades Médicas  
de Alta Especialidad**

Dra. Leticia Aguilar Sánchez

**Coordinadora de Áreas Médicas**

## 11. COMITÉ NACIONAL GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez <b>Subsecretaria de Innovación y Calidad</b>	Presidenta
Dr. Mauricio Hernández Ávila <b>Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud</b>	Titular
Dr. Julio Sotelo Morales <b>Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad</b>	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg <b>Comisionado Nacional de Protección Social en Salud</b>	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González <b>Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud</b>	Titular
Dr. Octavio Amancio Chassin <b>Representante del Consejo de Salubridad General</b>	Titular
Gral. De Brig. M.C. Efrén Alberto Pichardo Reyes <b>Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional</b>	Titular
Contra Almirante SSN MC Miguel Ángel López Campos <b>Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México</b>	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno <b>Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social</b>	Titular
Dr. Carlos Tena Tamayo <b>Director General Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado</b>	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate <b>Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos</b>	Titular
Lic. Ma. Cecilia Amerena Serna <b>Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia</b>	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci <b>Comisionado Nacional de Arbitraje Médico</b>	Titular
Dr. Jorge E. Valdez García <b>Director General de Calidad y Educación en Salud</b>	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre <b>Director General de Evaluación del Desempeño</b>	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy <b>Directora General de Información en Salud</b>	Titular
M. en A. María Luisa González Rétiz <b>Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud</b>	Titular y suplente del presidente
Dr. Franklin Libenson Violante <b>Secretaria de Salud y Directora General del Instituto de Salud del Estado de México</b>	Titular 2008-2009
Dr. Luis Felipe Graham Zapata <b>Secretario de Salud del Estado de Tabasco</b>	Titular 2008-2009
Dr. Juan Guillermo Mansur Arzola <b>Secretario de Salud y Director General del OPD de Servicios de Salud de Tamaulipas</b>	Titular 2008-2009
Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero <b>Presidente de la Academia Nacional de Medicina</b>	Titular
Dr. Jorge Elías Dib <b>Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía</b>	Titular
Act. Cuauhtémoc Valdés Olmedo <b>Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C.</b>	Asesor Permanente
Dr. Juan Víctor Manuel Lara Vélez <b>Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, AC</b>	Asesor Permanente
Mtro. Rubén Hernández Centeno <b>Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales</b>	Asesor Permanente
Dr. Roberto Simon Sauma <b>Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.</b>	Asesor Permanente
Dr. Luis Miguel Vidal Pineda <b>Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud, A.C.</b>	Asesor Permanente
Dr. Esteban Hernández San Román <b>Director de Evaluación de Tecnologías en Salud del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud</b>	Secretario Técnico