

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

PROCESO DISPEPSIA

Javier González García

F.E.A de Aparato Digestivo.

Servicio de Medicina Interna.

Hospital La Inmaculada (Huércal Overa).

1.- INTRODUCCIÓN:

La dispepsia es un motivo de consulta frecuente tanto en atención primaria (AP) como en atención especializada (AE). De hecho, casi ¼ de la población española padece síntomas dispépticos cada año. A pesar de ser una entidad tan prevalente, a día de hoy, no existe consenso en lo que a su diagnóstico y tratamiento se refiere. Este “caos” genera:

- Desconfianza por parte del paciente.
- Gestión poco eficiente de los recursos disponibles.
- Mala sintonía entre AP y AE (derivaciones innecesarias, exceso de estudios endoscópicos...).

La situación en nuestro medio (Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería) es similar a la descrita en los artículos revisados.

Por ello, y teniendo en cuenta todas estas premisas, creo que es necesaria la adaptación e implantación de una guía de práctica clínica (GPC) para dispepsia, basada en la evidencia científica disponible actualmente.

De su buen funcionamiento nos beneficiaremos todos; A los médicos nos servirá para unificar criterios y coordinar los distintos niveles asistenciales (Atención Primaria y Atención Especializada). Al área de gestión le permitirá ahorrar recursos que pueden así ser invertidos para desarrollar otros campos de la unidad; y sobre todo, nuestros pacientes gozarán de una atención homogénea y de calidad contrastada.

El objetivo del presente documento es optimizar el manejo de la dispepsia en nuestra zona de trabajo. Para ello he intentado crear una guía lo más sencilla posible, de forma que pueda ser usada de forma ágil y eficaz por cualquier facultativo, ya esté más o menos familiarizado con esta grupo de patologías.

2.- EPIDEMIOLOGÍA

2.1. Definición

Se define como dispepsia, según los criterios de Roma III, a síntomas de dolor o molestia (discomfort) persistente o recurrente referidos a la parte central de la mitad superior del abdomen¹. La duración de los síntomas no está especificada², aunque algunos autores (a efectos prácticos) consideran que éstos hayan ocurrido al menos un 25% de los días durante las últimas 4 semanas^{3,4}. Estos síntomas pueden presentarse como únicos o por un conjunto de síntomas, estando o no relacionados a la ingesta de alimentos. La molestia o discomfort, puede comprender síntomas de distensión, pesadez postprandial o saciedad precoz.

El dolor localizado en los hipocondrios no se considera característico de la dispepsia. La pirosis y la regurgitación, síntomas dominantes de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), no se contemplan en la definición de dispepsia.

2.2. Clasificación

Existen varios modelos para clasificar la dispepsia. Una clasificación útil para el manejo clínico es la que viene definida por el momento del proceso diagnóstico en el que se encuentra^{2,5}. Según esta categorización hablaremos de:

- **dispepsia no investigada:** entran dentro de este grupo todos los pacientes que debutan con la dispepsia, y aquellos con síntomas recurrentes a los cuales no se ha realizado aún estudio alguno.
- **dispepsia orgánica:** cuando existen causas orgánicas que explican los síntomas de dispepsia (tabla 1).
- **dispepsia funcional:** grupo de pacientes dispépticos en los que no se observa ninguna causa orgánica o proceso que justifique la sintomatología, una vez realizadas pruebas diagnósticas (incluida la gastroscopia).

2.3 Prevalencia

Según el estudio internacional DIGEST⁶, la prevalencia de la dispepsia en la población general en los últimos 6 meses es del 40,6%. En España, los datos disponibles indican que el 39% de la población ha presentado alguna vez en su vida síntomas de dispepsia, y el 24% los ha presentado en los últimos 6 meses.

La dispepsia se considera uno de los motivos de consulta más frecuentes en AP (8,2% de las consultas)⁷.

La etiología más común, tomando como base los resultados de la dispepsia investigada con endoscopia, es la dispepsia funcional (60%).

El 40% de las dispepsias investigadas se deben a una causa orgánica, siendo la úlcera péptica la etiología más frecuente (15-25%), seguida de la esofagitis por reflujo (5-15%), y el cáncer de esófago o estómago (<2%)^{8,9}.

2.4 Impacto económico y calidad de vida

Globalmente considerada, la dispepsia (orgánica o funcional) representa un problema de salud importante que comporta unos elevados gastos. Deben considerarse tanto los costes directos, derivados de visitas facultativas, exámenes complementarios y consumo farmacéutico, como los indirectos, motivados por la morbilidad y el deterioro de la calidad de los pacientes dispépticos. Según los resultados del estudio DIGEST, un 2% de las personas precisó ser hospitalizada, y un 27% necesitó baja laboral, reducción de los días de trabajo, escuela y/u otras labores¹⁰. Pensemos por un momento en el “trayecto” que un paciente que comienza a presentar síntomas de dispepsia puede “recorrer”: consulta de atención primaria, analítica, consulta de atención especializada, gastroscopia, revisión o consulta de carbono 13.

Este peregrinaje supone al sistema un importante gasto de recursos (económicos y humanos), al que hay que sumar los denominados gastos indirectos (días de trabajo perdidos). De forma aproximada y tras consultar los albaranes y el gasto estimado por consulta/endoscopia/fungibles, etc, la investigación completa de la dispepsia cuesta un total de unos euros. No cabe duda de que, en los casos verdaderamente necesarios, este gasto merece la pena.

Las cuestiones que nos planteamos en este punto son las siguientes:
A todo paciente con dispepsia ¿hay que derivarlo al especialista y someterlo a pruebas diagnósticas? O en otras palabras, ¿hay que investigar todas las dispepsias? Esa elevada proporción de dispepsias funcionales diagnosticadas endoscópicamente (60%), ¿se deben a un “exceso de celo”, a un miedo exagerado a que “se nos pase” un tumor o lesión orgánica grave por no pedir endoscopías? Con esta guía intentaremos resolver estas y otras dudas en base a la evidencia científica disponible.

3. APROXIMACIÓN AL PACIENTE DISPÉPTICO

3.1 Anamnesis:

Como siempre, la historia clínica detallada es la piedra angular del diagnóstico y puede ser muy útil para descartar otras entidades con síntomas compatibles con la dispepsia, como son la ERGE y el SII.

Se debe recoger información sobre las características del dolor, hábitos tóxicos (alcohol-tabaco), ingesta de fármacos (sobre todo AINES), antecedentes personales y familiares de úlcera péptica, cirugía gástrica e infección por H.pylori. **La edad del paciente y la presencia de síntomas de alarma van a ser determinantes a la hora de decidir la estrategia diagnóstica.** Debido a su importancia, dedicaremos un apartado especial a ambas cuestiones.

A pesar de ser de gran ayuda la historia clínica, la validez del diagnóstico clínico de presunción para las causas de dispepsia a partir de ella es baja, situándose alrededor del 55-60%¹¹⁻¹⁷.

3.2 Exploración física:

En la mayoría de los casos suele ser normal, y por lo tanto presenta un escaso valor diagnóstico^{18,19}. No obstante, determinados datos de una exploración cuidadosa, nos pueden permitir diferenciar entre dispepsia funcional y orgánica (masa abdominal, adenopatías, palidez mucosa o ictericia).

3.3 Signos y síntomas de alarma:

La mayoría de las guías y documentos de consenso recomiendan la utilización de estos signos y síntomas como predictores de patología orgánica^{3, 4, 5, 20, 21, 22}.

Se consideran signos y síntomas de alarma en un paciente con dispepsia:

- **pérdida de peso significativa no intencionada**
- **vómitos importantes y recurrentes**
- **disfagia**
- **sangrado digestivo (hematemesis, melenas, anemia ferropénica)**
- **masa abdominal palpable**

Otro dato que debemos de tener muy en cuenta es la **edad**. Las guías recomiendan la realización de endoscopia a los pacientes mayores de 55 años con dispepsia de nueva aparición ^{23, 24, 25}.

4. NUESTRA ESTRATEGIA DIAGNÓSTICA

Una vez realizada la primera toma de contacto con el paciente dispéptico (historia clínica y exploración), debemos decidir que hacer: ¿investigamos la posible causa que justifique los síntomas o iniciamos un tratamiento empírico? En términos generales, no existe una estrategia inicial ideal (endoscopiar a todos y realizar estudio directo de H.pylori, investigar indirectamente H.pylori y tratar en función del resultado: “test and treat”, tratar de forma empírica de entrada, investigar indirectamente H.pylori y endoscopiar en caso de obtener un resultado positivo: “test and scope”...)

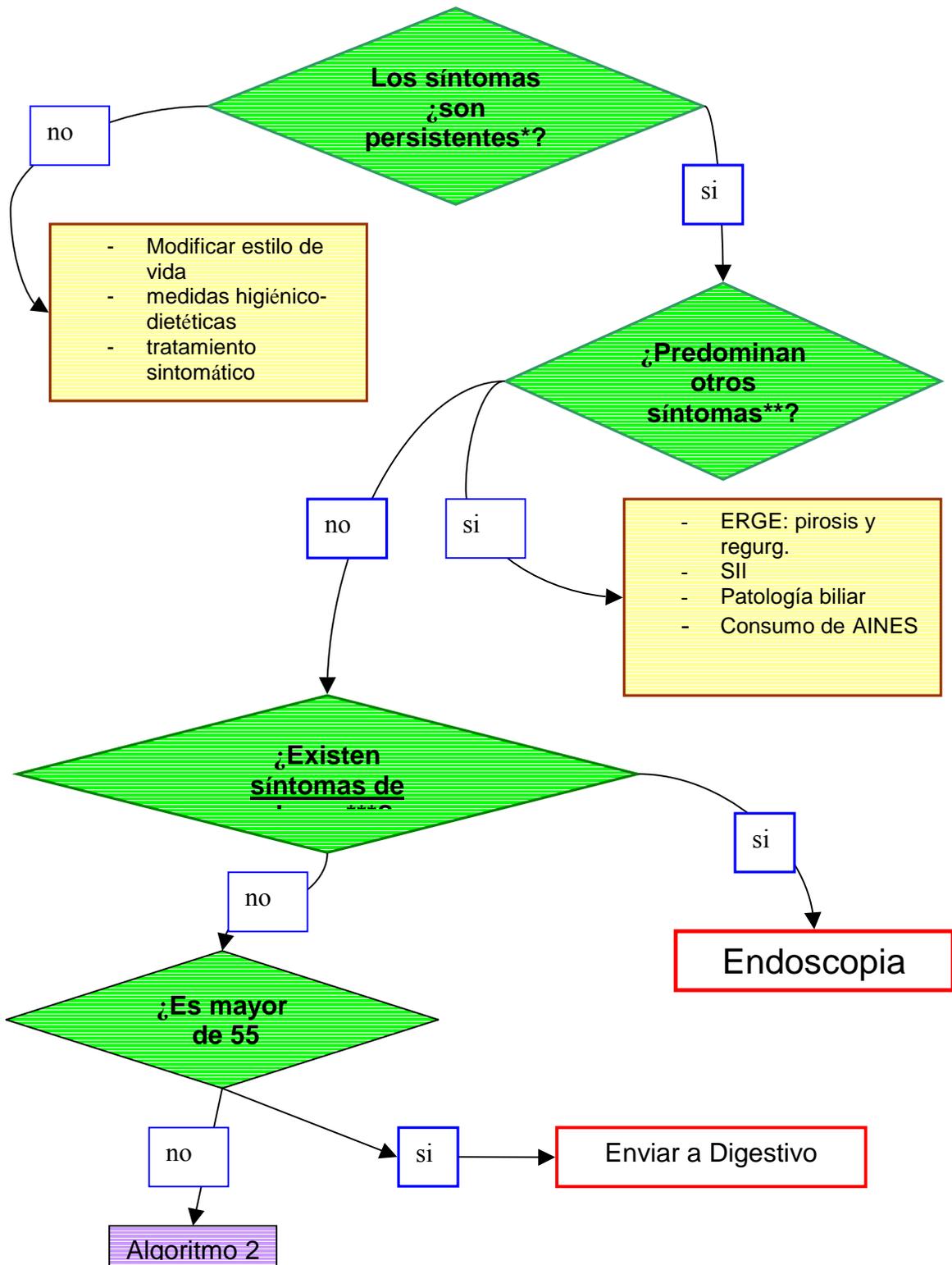
En nuestro medio, por ejemplo, la estrategia inicial basada en el tratamiento empírico antisecretor parece ser la más coste-efectiva. Además el tratamiento inicial con IBP se ha mostrado más eficaz que otras estrategias en cuanto a la mejoría de los síntomas ^{26, 27} (Grado A de recomendación). No obstante, tiene el inconveniente de una posible demora diagnóstica, en el caso de que sea una lesión orgánica la que produzca los síntomas.

Pero somos médicos y no gestores; no podemos quedarnos sólo en lo económico. Nuestra obligación es atender a los pacientes con la mayor calidad posible y haciendo los estudios pertinentes a los pacientes que lo necesiten.

Por ello, y tras compilar información de diferentes guías estatales y extranjeras expongo y desarrollo los siguientes **algoritmos**, que creo que representan el modo más eficiente de manejar la dispepsia en nuestro medio.

ALGORITMO 1. Abordaje inicial del paciente dispéptico

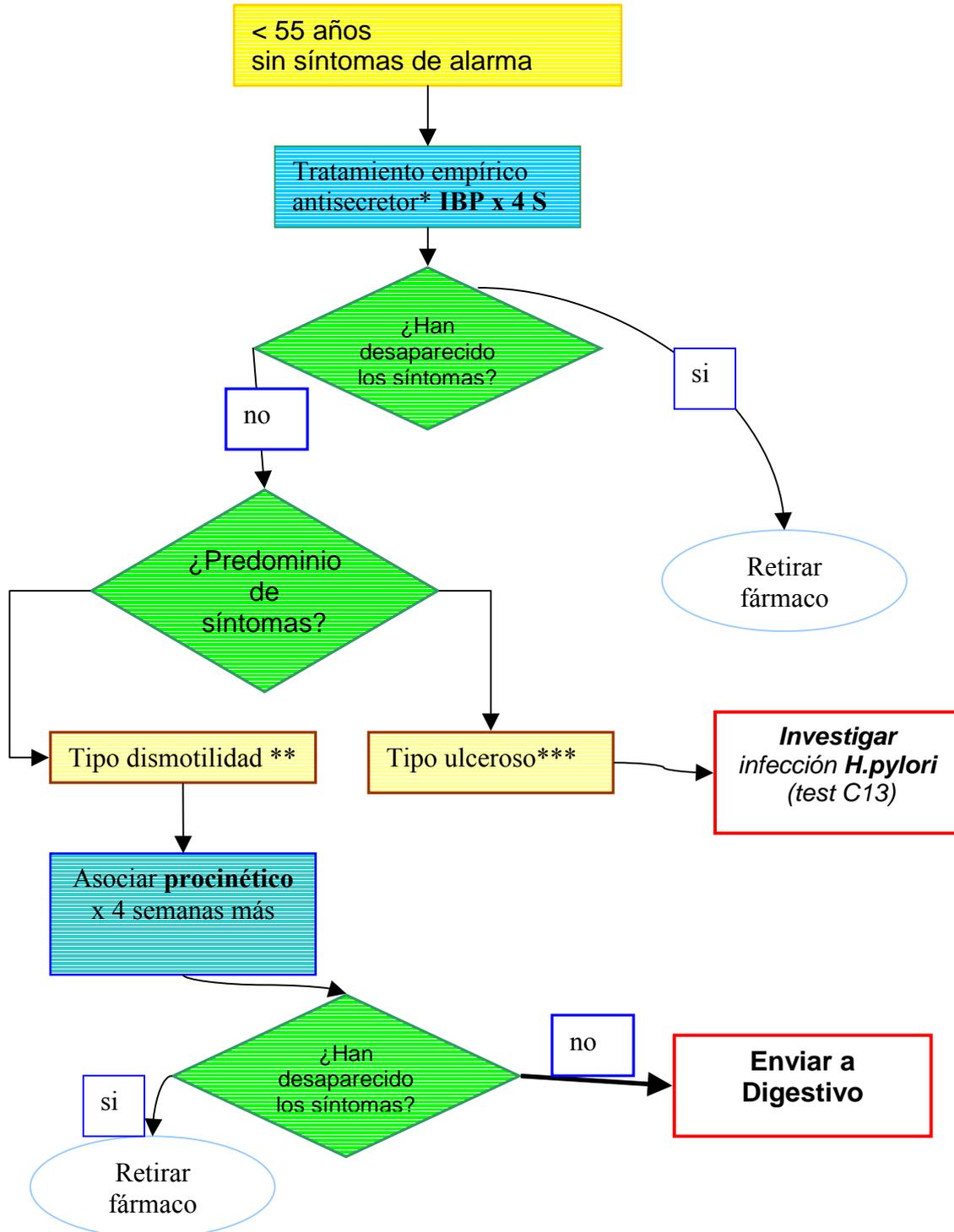
Dolor o molestias en la parte central de hemi-abdomen superior



Claves del algoritmo 1

- * Los **síntomas** deben ser **persistentes**: presentes al menos el 25% de los días en el último mes (*insistir a A.primaria: no se puede derivar a un paciente a la consulta especializada por una dispepsia aislada; muchas veces llegan a la consulta ya asintomáticos tras el tratamiento prescrito por el Médico de Familia*).
- ** Debe tratarse de pacientes **dispépticos “puros”** (*ni las ERGE, ni los cólicos biliares, ni los SII son dispépticos*).
- *** Si hay **síntomas de alarma** hay que realizar **endoscopia** (*podría abrirse la solicitud de endoscopia a A. primaria, únicamente en estos casos. Durante dos o tres meses podríamos titular el cumplimiento de A.Primaria. Cerrando el libre acceso si no se cumple lo acordado. Por nuestra parte, enviaríamos “sobre cerrado” de vuelta a primaria, salvo en los casos en los que se detecte patología orgánica: cáncer gástrico, úlcera gástrica o ureasa positiva*).
- **** Si tiene **>55 años (aún sin síntomas de alarma) y la dispepsia es de reciente aparición**, enviar a la consulta (*No sería posible en nuestro caso abrir también endoscopias desde primaria para estos casos, como recomiendan casi todas las guías, ya que crearía una excesiva demanda que no podríamos asumir*).

Algoritmo N° 2: Manejo del paciente joven (<55 años) y sin síntomas de alarma



Claves del algoritmo 2

- Este grupo de pacientes (<55 años y sin síntomas de alarma) representa el grueso de los pacientes que vemos en la consulta especializada (*la gran mayoría podrían ser manejados y curados en la consulta de Atención Primaria, como se demuestra en el gráfico, pautando tratamiento empírico, y esperando*)
- La estrategia más coste-eficaz en nuestro medio en este subgrupo de pacientes es la de tratamiento empírico con IBP durante 4 semanas
- El Médico de Familia debe citar al paciente para revisión 1 mes. Se debe asociar procinético si la dispepsia es de tipo dismotilidad o investigar infección por H.pylori si la dispepsia es de tipo ulceroso:
 - **Dispepsia tipo dismotilidad:** Cuando el síntoma principal es la molestia localizada en la parte central del abdomen superior y está acompañada de plenitud, distensión, saciedad temprana o náuseas.
 - **Dispepsia tipo ulceroso:** El síntoma predominante es el dolor localizado en la parte central del abdomen superior, de aparición postprandial y con tendencia a mejorar con la ingesta o antiácidos.
- Los pacientes de este subgrupo (<55 y sin síntomas de alarma) con dispepsia de tipo ulceroso podrían ser derivados directamente para investigación de H.pylori con el test de C13 (acceso directo desde primaria)
- En caso de desaparecer los síntomas tras el segundo mes de tratamiento, estaría indicada la derivación del paciente.

CONCLUSIONES

- La dispepsia es una entidad muy prevalente y que consume muchos recursos.
- Una guía de práctica clínica es fundamental para una asistencia coordinada y de calidad.
- El buen uso de la guía nos permitirá optimizar diagnóstico y tratamiento de la dispepsia.
- Pirosis y dolor en hipocondrios no pertenece a proceso dispepsia.
- La dispepsia debe cumplir los criterios Roma III: aproximadamente 25% de los días de los últimos 2 meses (*No es aceptable recibir en la consulta especializada dispepsias de varios días de duración*).
- En los casos de dispepsia con síntomas de alarma → gastroscopia desde Primaria.
- Pacientes con dispepsia “nueva” y >55 años → derivar a consulta de digestivo.
- En el resto de casos → iniciar IBP durante un mes y reevaluar (*si no mejoría valorar derivar a consulta de digestivo*)

CONSENSO CON ATENCIÓN PRIMARIA

1. CRITERIOS DE SOLICITUD DE GASTROSCOPIA (desde Atención Primaria):

- dispepsia con síntomas de alarma

2. CRITERIOS DE DERIVACIÓN A LA CONSULTA (desde Atención Primaria):

- dispepsia sin síntomas de alarma y de reciente inicio en paciente >55 años (*ver algoritmo 1*)
- dispepsia sin síntomas de alarma no investigada, en <55 años y que es refractaria al tratamiento empírico (*ver algoritmo 2*)

3. CRITERIOS DE SOLICITUD DEL TEST C13:

- dispepsia de tipo ulceroso sin síntomas de alarma y en paciente <55 años (*ver algoritmo 2*)

TABLA 1: CAUSAS DE DISPEPSIA ORGÁNICA.

Causas de dispepsia orgánica:

- ***Causas gastrointestinales más comunes:***
 - Úlcera péptica
 - Medicamentos (AINES, hierro, digoxina, teofilia, etc).

- ***Causas gastrointestinales poco comunes:***
 - Cáncer gástrico
 - Colelitiasis
 - Gastroparesia o dismotilidad
 - Isquemia mesentérica crónica
 - Pancreatitis crónica
 - Cáncer de páncreas
 - Cirugía gástrica
 - Patología tracto digestivo inferior (p.ej ca colon)
 - Enfermedades inflamatorias/infiltrativas del tracto gastrointestinal (enfermedad de Crohn, gastritis eosinofílica, sarcoidosis, enfermedad celiaca)
 - Hepatocarcinoma

- ***Causas no gastrointestinales poco comunes:***
 - Trastornos metabólicos (uremia, hipocalcemia, hipotiroidismo)
 - Síndromes de la pared abdominal

BIBLIOGRAFÍA

1. Jan Tack. Funcional gastroduodenal disorders. Gastroenterology April 2006.130 ISSUES, 1466 – 1479.
2. Talley NJ, Stanghellini V, Heading RC, Koch KL, Malagelada JR, Tytgat GN. Functional gastroduodenal disorders. Gut 1999; 45 (Supl. 2): 37-42.
3. Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guideline: Dyspepsia. Institute for Clinical Systems Improvement, 2002. <http://www.icsi.org/guide/Dyspep.pdf>
4. Aymerich M, Baena JM, Boix C, Carrillo R, Madrilejos R, Mascort JJ et al. Direcció clínica en l'atenció primària. Dispepsia - H. pylori. Guies de pràctica clínica i material docent. <http://www.gencat.net/ics/professionals/guies/dispepsia/dispepsia.htm>
5. Veldhuyzen van Zanten SJO, Flook N, Chiba N, Armstrong D, Barkun A, Bradette M et al, for the Canadian Dyspepsia Working Group. An evidence-based approach to the management of uninvestigated dyspepsia in the era of Helicobacter pylori. CMAJ 2000; 162 (Supl. 12): 3-23.
6. Stanghellini V. Three-month prevalence rates of gastrointestinal symptoms and the influence of demographic factors: results from the Domestic/International Gastroenterology Surveillance Study (DIGEST). Scand J Gastroenterol Suppl 1999; 231: 20-8.
7. Turabian JL, Gutiérrez V. Variaciones en la frecuencia de las enfermedades crónicas y los factores de riesgo en atención primaria: 1985-1995. Aten Primaria 1996; 18: 65-69.
8. Talley NJ, Silverstein MD, Agreus L, Nyren O, Sonnenberg A, Holtmann G. AGA technical review: evaluation of dyspepsia. American Gastroenterological Association. Gastroenterology 1998; 114: 582-595.
9. Fisher RS, Parkman HP. Management of non ulcer dyspepsia. N Engl J Med 1998; 339: 1.376-1.381.

10. Haycox A, Einarson T, Eggleston A. The health economic impact of upper gastrointestinal symptoms in the general population: results from the Domestic/International Gastroenterology Surveillance Study (DIGEST). *Scand J Gastroenterol Suppl* 1999; 231: 38-47.
11. Johannessen T, Petersen H, Kleveland PM, Dybdahl JH, Sandvik AK, Brenna E et al. The predictive value of history in dyspepsia. *Scand J Gastroenterol* 1990; 25: 689-697.
12. Muris JW, Starmans R, Pop P, Crebolder HF, Knottnerus JA. Discriminant value of symptoms in patients with dyspepsia. *J Fam Pract* 1994; 38: 139-143.
13. Bytzer P, Hansen JM, Havelund T, Malchow-Moller A, Schaffalitzky de Muckadell OB. Predicting endoscopic diagnosis in the dyspeptic patient: the value of clinical judgement. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1996; 8: 359-363.
14. Hansen JM, Bytzer P, Schaffalitzky De Muckadell OB. Management of dyspeptic patients in primary care. Value of the unaided clinical diagnosis and of dyspepsia subgrouping. *Scand J Gastroenterol* 1998; 33: 799-805.
15. Bustamante M, Ferrando MJ, Devesa F, Borghol A. Predicción del diagnóstico endoscópico en el paciente con dispepsia: valor del síntoma predominante de presentación y de la presunción clínica inicial. *Gastroenterol Hepatol* 2000; 23: 66-70.
16. Heikkinen M, Pikkarainen P, Eskelinen M, Julkunen R. GPs' ability to diagnose dyspepsia based only on physical examination and patient history. *Scand J Prim Health Care* 2000; 18: 99-104.
17. Danish dyspepsia study group. Value of the unaided clinical diagnosis in dyspeptic patients in primary care. *Am J Gastroenterol* 2001; 96: 1.417-1.421.
18. Priebe WM, DaCosta LR, Beck IT. Is epigastric tenderness a sign of peptic ulcer disease? *Gastroenterology* 1982; 82: 16-19.
19. Numans ME, Van der Graaf Y, de Wit NJ, Touw-Otten F, de Melker RA. How much ulcer is ulcer-like? *Diagnostic*

- determinants of peptic ulcer in open access gastroscopy. *Fam Pract* 1994; 11: 382-388.
20. SBU - The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care. Stomach pain -evidence-based methods in the diagnosis and treatment of dyspepsia. Stockholm, 2000.
 21. Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN). Dyspepsia. Edinburgh: SIGN, 2003 [en prensa].
 22. British Gastroenterology Society. Dyspepsia Management Guidelines. Londres: The Society, 2002.
http://www.bsg.org.uk/pdf_word_docs/dyspepsia.doc
 23. Christie J, Shepherd NA, Codling BW, Valori RM. Gastric cancer below the age of 55: implications for screening patients with uncomplicated dyspepsia. *Gut* 1997; 41: 513-517.
 24. Gillen D, McColl KE. Does concern about missing malignancy justify endoscopy in uncomplicated dyspepsia in patients aged less than 55? *Am J Gastroenterol* 1999; 94: 75-79.
 25. Canga C 3rd, Vakil N. Upper GI malignancy, uncomplicated dyspepsia, and the age threshold for early endoscopy. *Am J Gastroenterol* 2002; 97: 600-603.
 26. Delaney B, Moayyedi P, Deeks J, Innes M, Soo S, Barton P et al. The management of dyspepsia: a systematic review. *Health Technol Assess* 2000; 4 (39).
www.ncchta.org/fullmono/mon439.pdf
 27. Delaney BC, Innes MA, Deeks J, Wilson S, Cooner MK, Moayyedi P et al. Initial management strategies for dyspepsia (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, n.º 3, 2002. Oxford: Update Software.