

Guías de práctica clínica basadas en la evidencia

2

Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la dispepsia en adultos

Directores

Luis Carlos Sabbagh, MD, FASGE | William Otero Regino, MD, FAGA



Asociación Colombiana
de Gastroenterología
Fundada en 1947



Equipo proyecto Guías de práctica clínica basadas en la evidencia

Asociación Colombiana de Gastroenterología

Grupo Cochrane Universidad Nacional de Colombia

Directores

Luis Carlos Sabbagh, MD, FASGE

Expresidente

Asociación Colombiana de Gastroenterología

William Otero Regino, MD, FAGA

Expresidente

Asociación Colombiana de Gastroenterología

Autores Guías

**Guía de práctica clínica para enfermedad por
reflujo gastroesofágico**

Líder: Albis C. Hani, MD

Andrés Galindo, MD

Ana Leguizamo, MD

Catalina Maldonado, MD

David Páramo H., MD

Valeria Costa, MD

Fernando Sierra A., MD

Marcela Torres Amaya, QF

Rodrigo Pardo, MD

William Otero R., MD

Luis Sabbagh, MD

**Guía de práctica clínica para el diagnóstico y
tratamiento de la dispepsia en adultos**

Líder: Luis Fernando Pineda, MD

Martha C. Rosas, MD

Marcela Torres Amaya, QF

Álvaro Rodríguez, MD

Adán Luque, MD

Fabían Agudelo, MD

Óscar Angarita, MD

Roberto Rodríguez, MD

Marcelo Hurtado, MD

Rodrigo Pardo, MD

William Otero, MD

Luis Sabbagh, MD.

Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori* en adultos

Líder: William Otero R, MD
Alba Alicia Trespalacios R., Bact MSc, PhD
Lina Otero P., MD
Maria Teresa Vallejo O., MD
Marcela Torres Amaya, QF
Rodrigo Pardo, MD
Luis Sabbagh, MD.

Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer gástrico temprano-2015

Líder: Martin Alonso Gómez Zuleta, MD
Javier Humberto Riveros Vega, MD
Oscar Ruiz, MD
Alejandro Concha, MD
Diana María Ángel Betancur, MD
Marcela Torres Amaya, QF
Rodrigo Pardo, MD
William Otero R., MD
Luis Sabbagh, MD.

Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del síndrome de intestino irritable en población adulta

Líder: Jaime Alvarado B., MD
William Otero R., MD
Mario Andrés Jaramillo Santos, MD
Paola Andrea Roa B., MD
Gerardo Andrés Puentes L., MD
Ana María Jimenez F, MD
Carlos Fernando Grillo A., MD
Rodrigo Pardo, MD
Luis Sabbagh, MD

Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del estreñimiento crónico funcional en población adulta

Líder: Reinaldo Andrés Rincón S., MD
Carlos Fernando Grillo A., MD
Alberto Rodríguez V., MD
Alejandro Concha M., MD
Valeria Costa B., MD
Álvaro Andrés Gómez, MD
Edilberto Núñez, MD
Yudy Andrea Medina T., MD
Rodrigo Pardo, MD
William Otero, MD
Luis Sabbagh, MD

**Guía de práctica clínica para la tamización de
cáncer colorrectal-2015**

Líder: Fabio Leonel Gil Parada, MD
Marcela Torres Amaya, QF
Sandra Viviana Riveros Santoya, MD
Rodrigo Castaño Llano, MD
Heinz Ibáñez, MD
Margarita María Huertas Quintero, MD
Rafael Carmona, MD
Rodrigo Pardo, MD
William Otero, MD
Luis Sabbagh, MD

**Guía de práctica clínica para el diagnóstico
y tratamiento de la colitis ulcerativa en
población adulta**

Líder: Fabián Juliao Baños, MD
Carlos Fernando Grillo A., MD
María Teresa Galiano de Sánchez, MD
Rafael García Duperly, MD
Diego Alberto Bonilla G., MD
Diego Mauricio Guerrero P., MD
Diana María Angel B., MD
Rocio del Pilar López P., MD
Luz Ángela Angarita F., MD
Rodrigo Pardo, MD
William Otero, MD
Luis Sabbagh, MD.

**Guía de práctica clínica para la enfermedad
hepática grasa no alcohólica**

Líder: Oscar A. Beltrán Galvis, MD
Andrés Galindo, MD
Yuly Mendoza, MD
Geovanny Hernández, MD
Adriana Varón P., MD
Martín A. Garzón, MD
Jhon Edison Prieto, MD
Rodrigo Pardo, MD
William Otero R., MD
Luis Sabbagh, MD

**Guía de práctica clínica para el uso
de ultrasonido endoscópico en
pancreatitis crónica, lesiones quísticas
y sólidas del páncreas en adultos**

Líder: Luis Sabbagh, MD
Diego Aponte, MD
Raúl Cañadas, MD
Marcela Torres Amaya, QF
Eligio Alvarez, MD
Robin G. Prieto, MD
Viviana Parra, MD
Fanny Acero, MD
Rodrigo Pardo, MD
William Otero R., MD

Vías clínicas

Líder: Luis Sabbagh, MD

Guías de práctica clínica basadas en la evidencia

© Asociación Colombiana de Gastroenterología

ISBN: 978-958-8813-64-6

Directores:

Luis Carlos Sabbagh, MD, FASGE

William Otero Regino, MD, FAGA

Producción editorial:

Grupo Distribuna

Bogotá, Colombia

2016-2017

Editorial

Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia

La práctica de nuestra especialidad se hace cada vez más compleja debido al desarrollo de nuevas tecnologías de diagnóstico y tratamiento además de la incorporación de nuevos medicamentos para las diferentes enfermedades, lo que nos obliga a tomar decisiones basadas en la evidencia disponible.

La Asociación Colombiana de Gastroenterología tomó la decisión de liderar la creación de diez *Guías de Práctica Clínica (GPC) basadas en la evidencia* disponible con los más altos estándares de calidad, en alianza con el Grupo Cochrane STI de la Universidad Nacional de Colombia, con el fin de transmitir recomendaciones para brindar a nuestros pacientes el mejor enfoque diagnóstico y terapéutico con la más alta calidad. Nos hemos basado en la mejor evidencia disponible producto de la investigación y la innovación tecnológica para lograr los 4 objetivos fundamentales de una GPC, que son:

- Disminuir la variabilidad no justificada en la práctica de nuestra especialidad.
- Racionalizar el uso de los recursos del sistema.
- Proteger la seguridad de los pacientes observando las buenas prácticas.
- Generar una nueva cultura de atención acorde con los más exigentes estándares.

Estas recomendaciones están dirigidas a los especialistas en gastroenterología, medicina interna, cirugía general, especialistas en imágenes, oncólogos, médicos generales y a todos los profesionales de la salud, incluidos los estudiantes de medicina en pre y posgrado. También tienen como objetivo orientar a los profesionales no médicos tomadores de decisiones, a los responsables del aseguramiento y gestión en salud, así como al paciente y su familia.

Este proyecto conformó un equipo de expertos referentes en sus campos que aportó la experticia clínica; por su parte, Cochrane aportó la asesoría metodológica, las búsquedas sistemáticas de la literatura, la coordinación y verificación de la calidad de cada uno de los pasos desarrollados. De manera general cada equipo fue capacitado y apoyado en cada fase del proceso de desarrollo: conformación del grupo desarrollador, definición de alcance y objetivos, formulación de las preguntas clínicas en formato PICO, evaluación y síntesis de la evidencia, construcción de perfiles de evidencia GRADE, formulación y socialización de las recomendaciones ante entes gubernamentales, expertos clínicos y pacientes.

Este trabajo conjunto entre la Asociación y Cochrane STI produjo diez GPC de alta calidad y confiabilidad que se espera se conviertan en herramientas de toma de decisiones a nivel individual en la práctica clínica diaria.

En la construcción de las recomendaciones fue necesario recuperar y estudiar toda la información disponible sobre cada patología, revisar críticamente su validez, calificar su calidad, generar resultados secundarios a partir de estudios primarios, revisiones sistemáticas o metaanálisis, establecer comunicación directa con los autores originales de las piezas de información más importantes para obtener datos no publicados o su autorización para utilizar sus resultados y, de manera complementaria, adelantar mesas de discusión y grupos focales para resolver las controversias de una manera transparente y metodológicamente reproducible. Contó con la revisión experta de pares académicos y metodólogos que avalan su calidad y pertinencia.

Los fondos para su desarrollo fueron aportados en su totalidad por la Junta Directiva de la Sociedad, lo que otorgó mayor valor y transparencia a este proceso; por

tanto, los derechos intelectuales y morales son propiedad de la Asociación Colombiana de Gastroenterología, que los contabiliza como parte de su patrimonio cultural y social.

De esta manera, honrando su tradición académica y de servicio, la Asociación Colombiana de Gastroenterología reafirma su compromiso fiel y leal a sus principios misionales de brindar la mejor atención a los pacientes, contribuir al desarrollo de la especialidad y propiciar espacios de formación y discusión que nos permitan continuar a la vanguardia.

Quiero agradecer a todos los profesionales que entregaron su esfuerzo durante muchas horas de trabajo desinteresado así como a la junta directiva de la Asociación, que me dio todo el apoyo para desarrollar las diez GPC. Debo resaltar el liderazgo del doctor William Otero, expresidente de la Asociación y quien tuvo la idea inicial de desarrollar este proyecto que me pareció de vital importancia para

nuestros asociados, motivo por el cual le di la máxima prioridad como actividad académica.

No tengo la menor duda de que las próximas generaciones de directivos de nuestra asociación complementarán este trabajo y actualizarán las recomendaciones de acuerdo con la evidencia disponible en su momento.

Cicerón dijo: *El médico competente, antes de dar una medicina a su paciente, se familiariza no solo con la enfermedad que desea curar, sino también con los hábitos y la constitución del enfermo*; lo cual sigue vigente ya que el mayor conocimiento de la enfermedad y la posibilidad de validar la mejor información disponible hace que tomemos las mejores decisiones con nuestros pacientes.

Luis Carlos Sabbagh, MD, FASGE

Presidente

Asociación Colombiana de Gastroenterología

Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la dispepsia en adultos

Clinical Practice Guideline for the diagnosis and treatment of Dyspepsia in adults

Luis Fernando Pineda, MD,¹ Martha C. Rosas, MD,² Marcela Torres Amaya, QF,³ Álvaro Rodríguez, MD,⁴ Adán Luque, MD,⁵ Fabián Agudelo, MD,⁶ Óscar Angarita, MD,⁷ Roberto Rodríguez, MD,⁸ Marcelo Hurtado, MD,⁹ Rodrigo Pardo, MD,¹⁰ William Otero R., MD,¹¹ Luis Sabbagh, MD.¹²

¹ Gastroenterólogo, Centro de enfermedades digestivas, *Gut* médica. Profesor de posgrado en gastroenterología, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá-Colombia.

² Gastroenteróloga, Centro de enfermedades digestivas, *Gut* médica. Bogotá-Colombia.

³ Gerente editorial del grupo Cochrane de infecciones transmisión sexual. Bogotá-Colombia.

⁴ Gastroenterólogo, Hospital Santa Clara y Clínica Fundadores. Bogotá-Colombia.

⁵ Residente de segundo año de gastroenterología, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá-Colombia.

⁶ Gastroenterólogo, Centro de enfermedades digestivas, *Gut* médica. Servicio de gastroenterología, Clínica del Country. Bogotá-Colombia.

⁷ Gastroenterólogo, Centro de enfermedades digestivas, *Gut* médica. Gastroenterólogo Hospital Santa Clara y Clínica Fundadores. Bogotá-Colombia.

⁸ Profesor de medicina interna, Hospital Universitario de Barranquilla. Especialista de la unidad de gastroenterología y endoscopia digestiva Ugasend S.A. Complejo Clínica Porto Azul, torre de diagnóstico. Puerto Colombia-Colombia.

⁹ Gastroenterólogo, Centro de enfermedades digestivas, *Gut* médica. Profesor de medicina Universidad del Rosario. Expresidente de la ACG. Bogotá-Colombia.

¹⁰ Director Instituto de Investigaciones Clínicas. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá-Colombia.

¹¹ Profesor titular de medicina, Coordinador de Gastroenterología, Universidad Nacional de Colombia. Ex-presidente Asociación Colombiana de Gastroenterología, Ex-presidente Asociación Colombiana de Endoscopia Digestiva. Miembro honorario Sociedad Dominicana de Gastroenterología. Miembro Honorario Sociedad Venezolana de Endoscopia Digestiva, Gastroenterólogo, Clínica Fundadores.

¹² Presidente Asociación Colombiana de Gastroenterología, Jefe unidad de gastroenterología, Clínica Colsánitas. Bogotá-Colombia.

Resumen

Objetivo: con la evidencia más reciente, desarrollar una guía de práctica clínica para el manejo de dispepsia dirigida a pacientes, personal asistencial, administrativo y entes gubernamentales de cualquier servicio de atención en Colombia.

Materiales y métodos: esta guía fue desarrollada por un equipo multidisciplinario con el apoyo de la Asociación Colombiana de Gastroenterología, el Grupo Cochrane ITS y el Instituto de Investigaciones Clínicas de la Universidad Nacional de Colombia. Se desarrollaron preguntas clínicas relevantes y se realizó la búsqueda de guías nacionales e internacionales en bases de datos especializadas. Las guías existentes fueron evaluadas en términos de calidad y aplicabilidad; una guía cumplió con el criterio de adaptación, por lo que se adaptaron 2 de sus preguntas. El Grupo Cochrane realizó la búsqueda sistemática de la literatura. Las tablas de evidencia y recomendaciones fueron realizadas con base en la metodología GRADE. Las recomendaciones de la guía fueron socializadas en una reunión de expertos con entes gubernamentales y pacientes.

Resultados: se desarrolló una guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de pacientes con dispepsia en Colombia.

Conclusiones: el tamizaje de pacientes asintomáticos en Colombia, de forma adecuada y con estándares de calidad, tiene el potencial de impactar la carga de cáncer de colon en el país.

Palabras clave

Guía de práctica clínica, dispepsia no investigada, dispepsia funcional.

Abstract

Objective: To provide an evidence-based clinical practice guideline for the management of dyspepsia for patients, caregivers, administrative and government bodies at all levels of care in Colombia.

Materials and Methods: This guide was developed by a multidisciplinary team with the support of the Colombian Association of Gastroenterology, Cochrane STI Group and Clinical Research Institute of the Universidad Nacional de Colombia. Relevant clinical questions were developed and the search for national and international guidelines in databases was performed. Existing guidelines were evaluated for quality and applicability. One guideline met the criteria for adaptation of two of its clinical questions. Systematic literature searches were conducted by the Cochrane STI Group. The tables of evidence and recommendations were made based on the GRADE methodology. The recommendations of the guide were socialized in a meeting of experts with government agencies and patients.

Results: An evidence-based Clinical Practice Guidelines for the management of dyspepsia was developed for the Colombian context.

Conclusions: The opportune management of dyspepsia would have an impact of the disease in Colombia.

Keywords

Clinical practice guidelines, non-investigated dyspepsia, functional dyspepsia.

Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la dispepsia en adultos

JUSTIFICACIÓN

La dispepsia consiste en un grupo heterogéneo de síntomas que se localizan en la región central y superior del abdomen, y el paciente puede definirla de diversas maneras. Existe una amplia confusión entre médicos y pacientes con respecto de su definición y de la comprensión de su relevancia clínica; frecuentemente los pacientes la llaman “gastritis” o “indigestión” y esto causa un abordaje clínico inapropiado. Diferentes estudios poblacionales reconocen la dispepsia como enfermedad de alta prevalencia en todo el mundo, con una naturaleza crónica y que puede relacionarse con enfermedades orgánicas de diferente grado de severidad o ser el resultado de un trastorno funcional gastrointestinal.

Aunque las definiciones y los criterios de selección son muy heterogéneos entre los ellos, varios estudios han investigado la prevalencia y el efecto de los síntomas dispépticos a nivel poblacional, encontrando que es un motivo de consulta muy frecuente tanto en medicina general como especializada. Dada su alta prevalencia, tiene un enorme impacto en costos de los sistemas de salud de todo el mundo por concepto de consulta médica, consumo de medicamentos y exámenes diagnósticos; adicionalmente, los pacientes pueden tener seria afectación en su calidad de vida, causando ausentismo y una severa reducción en su productividad laboral.

En algunos pacientes, una investigación diagnóstica puede identificar alguna enfermedad orgánica que esté ocasionando los síntomas, lo que se considera como dispepsia orgánica, y su tratamiento estará dirigido a controlar esa enfermedad de base y no a resolver los síntomas de la dispepsia. En la mayoría de los pacientes, sin embargo, no hay anormalidad orgánica identificable en los estudios diagnósticos, lo que se conoce como dispepsia funcional.

La calidad de vida es considerablemente reducida en pacientes con dispepsia, especialmente en aquellos con dispepsia funcional; aun cuando la mayoría de ellos no busca atención médica inicial, una considerable proporción de pacientes lo hará durante el curso de su enfermedad causando un gran impacto en los costos de salud. Los factores que influyen en la decisión de consultar al médico son la severidad de los síntomas, el miedo a padecer una enfermedad seria de base, los factores psicológicos y la falta de un soporte psicosocial adecuado.

La necesidad de una guía de práctica clínica (GPC) sobre el manejo de la dispepsia se fundamenta en el hecho de que en este medio no se dispone de ninguna que trate esta enfermedad. Más importante aún es el hecho de que Colombia es considerado un país de alta incidencia de cáncer gástrico a nivel mundial y la dispepsia puede ser la manifestación inicial de esta enfermedad; por estas razones, se considera que hay una necesidad imperiosa de disponer de una GPC basada en evidencia para el manejo de estos enfermos que determine cuándo es indicado iniciar un estudio diagnóstico temprano y cuándo es más conveniente iniciar tratamiento empírico sin incurrir en exámenes costosos innecesarios. Esta guía también debe ofrecer a los usuarios recomendaciones de alta calidad para elegir los medicamentos y las opciones terapéuticas más apropiadas para el tratamiento de la dispepsia funcional.

COMPOSICIÓN DEL GRUPO DESARROLLADOR DE LA GUÍA (GDG)

Expertos temáticos y asesores metodológicos

El equipo desarrollador estuvo compuesto por profesionales de primera línea con experiencia y reconocimiento

en el tema objeto de la guía. Se contó con la participación de expertos en gastroenterología clínica, medicina interna, endoscopia digestiva, medicina general, química farmacéutica y salud pública; asimismo, también hicieron parte de este proceso expertos pertenecientes a otras áreas del conocimiento como epidemiología clínica, economía de la salud, estadística, investigación cualitativa y búsquedas de la literatura médica, quienes contribuyeron con la identificación, evaluación y síntesis de la evidencia que sirvió de sustrato para la formulación de las recomendaciones de la GPC.

Usuarios de la guía

La guía está dirigida a un amplio número de profesionales y personas así: médicos generales, médicos familiares, administradores en salud, médicos especialistas en salud pública, médicos internistas, médicos cirujanos, médicos gastroenterólogos y también pacientes adultos con dispepsia o sospecha de dispepsia.

Pacientes

Se contó con la participación de médicos que atienden pacientes con dispepsia no investigada y dispepsia funcional, así como también con 2 pacientes de la consulta de gastroenterología con diagnóstico de dispepsia funcional que aceptaron participar y cooperar con el proyecto. Estos 2 pacientes adultos son de sexo femenino.

DERECHOS DE AUTOR

De acuerdo con el artículo 20 de la Ley 23 de 1982, los derechos patrimoniales de esta obra pertenecen a la Asociación Colombiana de Gastroenterología (institución que otorgó el apoyo económico y realizó la supervisión de su ejecución), sin perjuicio de los derechos morales a los que haya lugar de acuerdo con el artículo 30 de la misma ley.

Esta guía hace parte de un grupo de GPC basadas en evidencia, desarrolladas por iniciativa de la Asociación Colombiana de Gastroenterología en enfermedades gastrointestinales prioritarias y de alta prevalencia en el país, mediante contrato celebrado entre esta Asociación y la Universidad Nacional de Colombia.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

Los responsables y participantes en la generación de las recomendaciones de esta guía declaran no tener conflictos de interés frente a las mismas, no estar involucrados como investigadores en ensayos clínicos en curso sobre el tema, no haber recibido donaciones o beneficios por parte de

los grupos interesados en las recomendaciones y no hacer parte de grupos profesionales con conflictos de interés. La elaboración, desarrollo y publicación de las recomendaciones contaron con el soporte financiero exclusivo de la Asociación Colombiana de Gastroenterología y los derechos de autor son propiedad de la misma.

FINANCIACIÓN DE LA GUÍA

El desarrollo de la presente guía fue financiado por la Asociación Colombiana de Gastroenterología mediante Contrato Interinstitucional del 2015 suscrito con la Universidad Nacional de Colombia.

DECLARACIÓN DE INDEPENDENCIA EDITORIAL

Las entidades financiadoras brindaron acompañamiento durante la elaboración del presente documento garantizando con ello la transferibilidad y aplicabilidad de su contenido al contexto del SGSSS. El trabajo científico de investigación, así como la elaboración de las recomendaciones incluidas en el presente documento, fueron realizados de manera independiente por el GDG de la Universidad Nacional de Colombia; la entidad financiadora no influyó en el contenido de la guía.

Todos los miembros del GDG, así como las personas que participaron tanto en la colaboración experta y en la revisión externa, realizaron la declaración de conflictos de interés.

ALCANCE

Esta guía de práctica clínica está dirigida a los profesionales de la salud que atienden directamente a los pacientes con dispepsia, pero también indirectamente a quienes toman decisiones en salud tanto en el medio asistencial como en las aseguradoras, a los pagadores del gasto en salud y a quienes generan políticas en salud. Esta GPC pretende lograr que los pacientes con este trastorno sean atendidos de una manera eficiente y racional utilizando solo los recursos que sean necesarios y cubriendo a la mayor cantidad de afectados por dispepsia en Colombia.

OBJETIVOS

- Brindar recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible, de una forma clara, concisa y fácil de seguir en Colombia, sobre el diagnóstico y seguimiento de los pacientes adultos con dispepsia y sobre el tratamiento de los pacientes con dispepsia funcional.
- Orientar un enfoque adecuado en pacientes que consultan por síntomas dispépticos y proponer una estrategia de estudio clínico inicial para la dispepsia no investigada.

- Brindar orientación a los diferentes profesionales de la salud involucrados en el manejo de estos pacientes haciendo recomendaciones sobre cuándo remitirlos a consulta especializada y cuándo solicitar la cooperación de otros profesionales.
- Determinar el uso óptimo y racional de los diferentes recursos sanitarios en el manejo clínico de la dispepsia.
- Informar y orientar a la comunidad de pacientes para que busquen atención adecuada para su enfermedad.

POBLACIÓN

Grupos de pacientes considerados en esta guía

- Pacientes mayores de 18 años con diagnóstico clínico de dispepsia
- Pacientes mayores de 18 años con diagnóstico clínico de dispepsia funcional definido por los criterios de Roma III

Grupos de pacientes que no serán considerados en esta guía

- Pacientes con cirugía gastroduodenal
- Pacientes con cirugía esofágica
- Pacientes con dilataciones esofágicas
- Pacientes con diagnóstico previo o actual de cáncer gástrico
- Pacientes en embarazo o lactancia

ÁMBITO ASISTENCIAL

La presente guía pretende apoyar al personal clínico asistencial que brinda cuidado a los pacientes con dispepsia en los diferentes niveles de atención en salud: médicos generales, internistas, gastroenterólogos, cirujanos y médicos familiares.

Esta GPC brinda recomendaciones para todos los niveles de atención que prestan asistencia a los pacientes con dispepsia; también suministra a los profesionales de la salud la información necesaria para realizar una detección temprana y un diagnóstico oportuno de la enfermedad, brindando pautas para el manejo escalonado y racional de la dispepsia, con indicaciones claras para la remisión temprana a endoscopia digestiva o consulta de gastroenterología. También genera recomendaciones para la remisión a otras especialidades y para la intervención de otros profesionales de la salud.

La guía está dirigida a la población colombiana mayor de 18 años, sin importar el régimen de aseguramiento al que pertenezca el paciente o si se encuentra asegurado o no.

ASPECTOS CLÍNICOS CENTRALES

Aspectos clínicos abordados por la guía

Esta GPC hace referencia a la detección temprana, el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes adultos con dispepsia, por ello, abordará los siguientes aspectos clínicos:

- Abordaje diagnóstico de la dispepsia no investigada
- Tratamiento de la dispepsia funcional

Aspectos clínicos no abordados por la guía

El tratamiento de las enfermedades orgánicas específicas que causan dispepsia, como úlcera péptica, ERGE, cáncer o medicamentos, no será cubierto por esta guía, tampoco se aborda el tratamiento de dispepsia causada por enfermedades metabólicas o sistémicas. Aunque el *Helicobacter pylori* es un factor importante en el estudio de la dispepsia, sus recomendaciones de tratamiento no serán abordadas por esta guía dado que se está desarrollando una GPC específica sobre este tópico.

PREGUNTAS DESARROLLADAS

- **Pregunta 1:** ¿cuál es la utilidad de los síntomas de alarma para el estudio clínico de la dispepsia?
- **Pregunta 2:** ¿cuál es el diagnóstico de dispepsia funcional?
- **Pregunta 3:** ¿cuál es la seguridad y eficacia de la terapia farmacológica en dispepsia funcional?
- **Pregunta 4:** ¿cuál es la seguridad y eficacia de la terapia no farmacológica en dispepsia funcional?
- **Pregunta 5:** ¿cuándo debe tratarse la infección por *Helicobacter pylori* en los pacientes con dispepsia funcional?
- **Pregunta 6:** ¿cuándo el médico de primer nivel debe remitir a un paciente con dispepsia al especialista?

NIVEL DE EVIDENCIA Y GRADO DE RECOMENDACIÓN

En la presente guía, los niveles de evidencia y la fuerza de las recomendaciones fueron graduadas de acuerdo con el sistema GRADE (*Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation*).

RESUMEN DE LAS RECOMENDACIONES

Primera pregunta: ¿cuál es la utilidad del diagnóstico clínico de dispepsia?

Recomendación	No.	Resumen
Fuerte a favor	1	Se recomienda elaborar una historia clínica detallada para detectar síntomas de dispepsia e indagar por factores de riesgo, hábitos intestinales y antecedentes de gastroenteritis aguda. Calidad de evidencia moderada ⊕⊕⊕○
Fuerte a favor	2	Se recomienda identificar signos de alarma en los pacientes con dispepsia no investigada. Calidad de evidencia moderada ⊕⊕⊕○
Punto de buena práctica	✓	En todos los niveles de atención deben indagar por síntomas de dispepsia

Segunda pregunta: ¿cuál es el diagnóstico de dispepsia funcional?

Recomendación	No.	Resumen
Fuerte a favor		Se recomienda investigar siempre <i>H. pylori</i> en pacientes con dispepsia no investigada. Calidad de evidencia baja ⊕⊕○○
Fuerte a favor		Se recomienda endoscopia de vías digestivas altas en pacientes con dispepsia no investigada, con 1 o más síntomas o signos de alarma, independiente de la edad, con el fin de descartar enfermedad estructural. Calidad de evidencia baja ⊕⊕○○
Fuerte a favor		Se recomienda realizar endoscopia en todos los pacientes mayores 35 años con dispepsia no investigada, aun en ausencia de síntomas de alarma. Calidad de evidencia baja ⊕⊕○○
Fuerte a favor		Se recomienda que los pacientes sean diagnosticados con dispepsia funcional cuando una endoscopia digestiva alta previa ha descartado enfermedades orgánicas del tracto digestivo superior y los signos/síntomas se mantienen. Calidad de evidencia muy baja ⊕○○○
Punto de buena práctica		Los entes gubernamentales y aseguradores deben garantizar el acceso oportuno a los servicios de endoscopia

Tercera pregunta: ¿cuál es la seguridad y eficacia de la terapia farmacológica en dispepsia funcional?

Recomendación	No.	Resumen
Fuerte a favor		Se recomienda no utilizar antiácidos o citoprotectores como tratamiento de primera línea en pacientes con dispepsia. Calidad de evidencia baja ⊕⊕○○
Punto de buena práctica		Debe brindarse a los pacientes información sobre los riesgos de la autoformulación de antiácidos

Fuerte a favor		Se recomienda que los pacientes con dispepsia funcional con dolor epigástrico reciban IBP como tratamiento de primera opción. Calidad de evidencia baja ⊕⊕○○
Fuerte a favor		Se recomienda que el tratamiento antisecretor con IBP no sea administrado de forma indefinida. Calidad de evidencia moderada ⊕⊕⊕○
Débil a favor		Se sugiere que después de 8 semanas de tratamiento con IBP, este sea suspendido de forma gradual. Calidad de evidencia moderada ⊕⊕⊕○
Punto de buena práctica		El clínico debe reinterrogar a los pacientes con dispepsia funcional que no respondan al tratamiento empírico inicial administrado durante 8 semanas, para buscar la presencia de síntomas de alarma
Débil a favor		Se sugiere que pacientes con dispepsia funcional y con síntomas posprandiales reciban procinéticos como tratamiento inicial. Calidad de evidencia muy baja ⊕○○○
Débil a favor		Se sugiere la administración de acotiamida en pacientes con dispepsia funcional y con síntomas posprandiales como primera opción, si se encuentra disponible. Calidad de evidencia moderada ⊕⊕⊕○
Fuerte a favor		Se recomienda a los pacientes con dispepsia funcional que no respondan a IBP en primera línea de tratamiento el uso de procinéticos como segunda opción. Calidad de evidencia muy baja ⊕○○○
Fuerte a favor		Se recomienda a los pacientes que no responden a procinéticos en primera línea de tratamiento utilizar IBP como segunda opción. Calidad de evidencia muy baja ⊕○○○
Punto de buena práctica		Antes de la prescripción de procinéticos, debe evaluarse el riesgo de efectos secundarios, especialmente enfermedad cardiovascular y neurológica
Débil a favor		En pacientes con dispepsia funcional que no respondan a IBP y procinéticos, se sugiere el uso de antidepresivos en dosis bajas. Calidad de evidencia baja ⊕⊕○○
Punto de buena práctica		Antes de la prescripción de antidepresivos, debe evaluarse el riesgo de efectos secundarios

Cuarta pregunta: ¿cuál es la seguridad y eficacia de la terapia no farmacológica en dispepsia funcional?

Recomendación	No.	Resumen
Débil a favor		No se recomienda el uso de acupuntura para el tratamiento de DF. Calidad de evidencia muy baja ⊕○○○

Débil a favor	Se sugiere intervenciones psicológicas cuando todas las otras alternativas terapéuticas no funcionen. Calidad de evidencia muy baja ⊕○○○
Fuerte en contra	No se recomienda la medicina tradicional china para el tratamiento de pacientes con dispepsia funcional. Calidad de evidencia muy baja ⊕○○○

Quinta pregunta: ¿cuándo debe tratarse la erradicación de *Helicobacter pylori* en pacientes con dispepsia?

Recomendación	No.	Resumen
Fuerte a favor		Se recomienda la erradicación de <i>H. pylori</i> en pacientes con dispepsia funcional puesto que contribuye a la mejoría de los síntomas. Calidad de evidencia moderada ⊕⊕⊕○

Sexta pregunta: ¿en qué momento se recomienda la remisión al especialista?

Recomendación	No.	Resumen
Fuerte a favor		Se recomienda remitir al paciente con dispepsia funcional a especialista en los siguientes casos: Pacientes con dispepsia funcional que no responden al tratamiento instaurado Pacientes con <i>H. pylori</i> y síntomas de dispepsia que no responden a la primera línea de tratamiento Pacientes que requieran estudio diagnóstico específico, mayores de 35 años o con presencia de síntomas de alarma Calidad de evidencia muy baja ⊕○○○

Punto de buena práctica	Los entes gubernamentales y aseguradores deben garantizar el acceso oportuno al especialista.
-------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------

GLOSARIO

Dispepsia: síntomas percibidos en hemiabdomen superior o región retroesternal que se consideran originados en el tracto gastrointestinal superior; estos incluyen dolor, molestia, ardor, náuseas, pirosis y vómito.

Dispepsia no investigada: presencia de síntomas dispépticos en un paciente en el que no se ha hecho ningún estudio diagnóstico.

Dispepsia orgánica: cuando existen causas orgánicas que explican razonablemente los síntomas de dispepsia y estas han sido diagnosticadas a partir de pruebas.

Dispepsia funcional (Roma III): presencia de síntoma o conjunto de síntomas que se cree son originados en la región gastroduodenal, en ausencia de alguna enfermedad orgánica, sistémica o metabólica que explique confiablemente la causa. Los síntomas incluidos son saciedad precoz, pesadez posprandial, dolor y ardor epigástrico; estos deben haberse iniciado en los últimos 6 meses y estar presentes al menos durante 3 meses. Estos síntomas son divididos en 2 subcategorías: síndrome de sufrimiento posprandial y síndrome de dolor epigástrico. Requiere de un estudio diagnóstico adecuado que incluya al menos una endoscopia digestiva alta normal.

Marco conceptual

QUÉ ES DISPEPSIA

La dispepsia se define, en forma general, como un dolor o molestia abdominal superior que se presenta en forma episódica o persistente y que sugiere originarse en el tracto gastrointestinal superior (1); esencialmente, es un grupo heterogéneo de síntomas que se localizan en la región epigástrica y no incluyen el dolor localizado en los hipocondrios. La definición no es aceptada universalmente y existe un gran debate con respecto de si se deben incluir o no los síntomas de reflujo. La pirosis es un síntoma con moderada especificidad para el diagnóstico de ERGE y por eso algunos autores consideran que debe excluirse del diagnóstico de dispepsia (2, 3); este síntoma es muy prevalente en la población general, así como también en los pacientes con dispepsia, y es probable que ambas entidades compartan mecanismos fisiopatológicos similares (4, 5). Por estas razones, esta GPC considera que es imposible excluir totalmente la pirosis de la definición general de dispepsia en la práctica clínica, especialmente en la consulta de cuidado primario. Para efectos de esta Guía utilizaremos las definiciones descritas en la **Tabla 1**.

La dispepsia funcional, uno de los trastornos gastrointestinales más frecuentes, se define por los criterios de Roma III como la presencia de síntomas crónicos que se piensa son originados en la región gastroduodenal, en ausencia de alguna enfermedad orgánica, sistémica o metabólica que explique confiablemente estos síntomas (6). A diferencia de la definición general de dispepsia, el diagnóstico de dispepsia funcional requiere el criterio de cronicidad y la ausencia de síntomas de típicos de ERGE. La presencia de alguna enfermedad o lesión causante de los síntomas determina la definición clínica de dispepsia orgánica; las lesiones estructurales aceptadas como causantes son las úlceras gastroduodenales,

la esofagitis y el cáncer. Sin embargo, algunos cambios sutiles hallados en la endoscopia, como infección por *Helicobacter pylori*, erosiones prepilóricas e inflamación duodenal con eosinofilia, también han sido propuestos como causantes de síntomas, lo cual implica que la definición de dispepsia funcional podría modificarse (**Tabla 2**) (7).

Los síntomas dispépticos típicamente son intermitentes (6, 7); los más frecuentes son pesadez posprandial (68%-86%), sensación de distensión o abombamiento del abdomen superior (68%-84%), dolor epigástrico (68%-74%) y saciedad temprana (49%-72%). Otros síntomas adicionales incluyen eructos (50%-60%), ardor epigástrico (35%-75%), náusea (39%-65%) y vómito (23%-63%) (6). Aunque la pérdida de peso se considera un síntoma de alarma que orienta a buscar dispepsia orgánica, esta puede presentarse ocasionalmente en algunos pacientes con dispepsia funcional (8).

El comité de Roma III no considera la pirosis como un síntoma originado en la región gastroduodenal y por eso lo excluye de los criterios de dispepsia funcional (6, 7); él enfatiza de manera especial la diferenciación entre el ardor epigástrico como un síntoma dispéptico y la pirosis como un síntoma de ERGE. Una sensación quemante confinada al epigastrio no se considera pirosis a menos que esta se irradie a la región retroesternal, y esto puede ser motivo de confusión para médicos y pacientes. Este comité introdujo 2 nuevas categorías de dispepsia funcional: síndrome de sufrimiento posprandial (SSP), cuando los síntomas son inducidos por la ingesta, y síndrome de dolor epigástrico (SDE) (**Tabla 3**). Recientes estudios indican que esas 2 subcategorías reflejan en forma consistente el patrón sintomático de los pacientes pero no predicen la fisiopatología de base ni orientan el tratamiento en forma confiable (8-10).

Al igual que con la ERGE, los síntomas del síndrome de intestino irritable (SII) frecuentemente coexisten con la dispepsia y su presencia no excluye el diagnóstico de dispepsia funcional (6, 11).

Tabla 1. Definiciones de dispepsia utilizadas en esta guía.

Dispepsia: síntomas percibidos en hemiabdomen superior o región retroesternal que se consideran originados en el tracto gastrointestinal superior; estos incluyen dolor, molestia, ardor, náuseas, pirosis y vómito

Dispepsia no investigada: presencia de síntomas dispépticos en un paciente en el que no se ha hecho ningún estudio diagnóstico

Dispepsia orgánica: cuando existen causas orgánicas que explican razonablemente los síntomas de dispepsia y estas han sido diagnosticadas a partir de pruebas

Dispepsia funcional (Roma III): presencia de síntomas que se cree son originados en la región gastroduodenal, en ausencia de alguna enfermedad orgánica, sistémica o metabólica que explique confiablemente la causa (2-4). Los síntomas incluidos son pesadez posprandial, dolor y ardor epigástrico; estos deben haberse iniciado en los últimos 6 meses y estar presentes al menos durante 3 meses. Estos síntomas son divididos en 2 subcategorías: síndrome de sufrimiento posprandial y síndrome de dolor epigástrico. Requiere de un estudio diagnóstico adecuado que incluya al menos una endoscopia

Tabla 2. Causas de dispepsia.

Dispepsia funcional: constituye más del 60% de los casos

Dispepsia orgánica

Causas frecuentes

- Úlcera péptica
- Enfermedad por reflujo gastroesofágico
- Medicamentos: AINES, hierro, digoxina, antibióticos, entre otros
- Cáncer de estómago o esófago

Causas poco frecuentes

- Diabetes *mellitus* con gastroparesia
- Isquemia mesentérica crónica
- Pancreatitis crónica
- Cirugía gástrica
- Enfermedades inflamatorias gastrointestinales (enfermedad de Crohn, gastroenteritis eosinofílica)
- Enfermedad celíaca y sensibilidad al gluten no celíaca
- Cáncer hepático
- Trastornos metabólicos (uremia, hipopotasemia, hipotiroidismo)
- Parasitosis intestinal
- Enfermedades sistémicas (diabetes, enfermedades de la paratiroides, enfermedades del tejido conectivo)

La presente guía asume la definición de dispepsia funcional de acuerdo con los criterios de Roma III (**Tabla 1**) y no considera este diagnóstico cuando los síntomas de reflujo (pirosis y regurgitación) son los que dominan el cuadro del paciente o cuando este cumple con la definición clínica de ERGE aceptada en el consenso de Montreal: *la enfermedad*

por reflujo es una condición que se desarrolla cuando el reflujo del contenido gástrico causa síntomas molestos y/o complicaciones (12). En la práctica es difícil establecer cuándo los síntomas de ERGE son los que predominan; una recomendación práctica es incluir en la definición de dispepsia funcional a los pacientes con pirosis y/o regurgitación presentes no más de 1 día en la semana (13). Los autores de esta guía aceptan el hecho de que frecuentemente los síntomas de dispepsia y ERGE se superponen, a tal punto que en la práctica clínica las 2 entidades pueden ser indistinguibles.

Tabla 3. Criterios diagnósticos de Roma III para dispepsia funcional.

Síntomas de ≥ 3 meses de duración, con inicio ≥ 6 meses antes

Debe incluir 1 o más de los siguientes síntomas:

- Plenitud posprandial
- Saciedad precoz
- Dolor epigástrico
- Ardor epigástrico
- y
- Ninguna evidencia de enfermedad estructural (incluida endoscopia digestiva superior) que pueda explicar los síntomas

Síndrome de sufrimiento posprandial (SSP)

Debe incluir 1 o más de los siguientes criterios:

- Plenitud posprandial que se presente luego de una comida convencional, al menos varias veces por semana, o
- Saciedad precoz que impida finalizar una comida regular y que ocurra al menos varias veces por semana

Síndrome de dolor epigástrico (SDE)

Debe incluir todos los siguientes criterios:

- Dolor y/o ardor con las siguientes características:
 - Intermitente
 - Localizado en epigastrio
 - De intensidad moderada a severa
 - De frecuencia al menos 1 vez por semana
 - No generalizado o localizado en otras regiones abdominales o torácicas
 - No estar relacionado con la defecación o flatulencia
 - No cumplir criterios para desórdenes de la vesícula biliar o el esfínter de Oddi

Criterios de soporte:

- El dolor puede ser tipo ardor pero sin irradiación retroesternal
 - El dolor puede ser inducido o aliviado por la ingestión de comida y puede presentarse también durante el ayuno
 - Puede coexistir SDP
-

EPIDEMIOLOGIA DE LA DISPEPSIA

La dispepsia describe un rango amplio de síntomas originados en el tracto digestivo superior; como entidad clínica, se considera un síndrome o un conjunto de síntomas y no una enfermedad. La prevalencia tiene un rango de 7% a 34% cuando el criterio diagnóstico es dolor localizado en epigastrio (14); cuando la definición es más amplia e incluye otros síntomas localizados en hemiabdomen supe-

rior, la prevalencia puede ser hasta del 45% (14). Cuando se excluye la pirosis de la definición de dispepsia, el rango de prevalencia en la población general es de 5%-15% (4, 15-17). La tasa de incidencia anual se estima en un rango de 1%-6% (15-17).

Como se dijo anteriormente, en una proporción del 20% al 40% de los pacientes con dispepsia puede detectarse una enfermedad orgánica causante de los síntomas (18, 19); sin embargo, en la mayoría de los casos no hay ninguna enfermedad o lesión estructural identificada en el curso de un proceso diagnóstico, y esos pacientes son considerados como dispepsia funcional. Una revisión sistemática estimó la prevalencia de este tipo de dispepsia entre un 11% y 14% (15).

La prevalencia de lesiones estructurales en pacientes con dispepsia orgánica varía de acuerdo con el perfil epidemiológico local en relación con la infección por *Helicobacter pylori*, el riesgo de cáncer gástrico y el consumo de AINES, entre otros. Una revisión sistemática que incluyó 9 estudios (5839 pacientes) encontró esofagitis en el 13% y úlcera péptica en el 8% (20). Un estudio realizado en España halló lesiones endoscópicas en el 45% de los pacientes remitidos de medicina de cuidado primario; las lesiones más frecuentes fueron úlcera péptica en el 24%, esofagitis en el 24% y cáncer en el 2% (21). En Colombia se realizó un estudio prospectivo con 542 pacientes con dispepsia en los que los síntomas de reflujo fueron excluidos (22); se encontró que el 73% correspondía a dispepsia funcional y el 27% a dispepsia por lesión estructural. Dentro de estas lesiones, el orden de frecuencia fue úlcera péptica en el 13%, esofagitis en el 5% y cáncer gástrico en el 9%. Este estudio resalta el hecho de que en los países con alta incidencia de cáncer gástrico, como Colombia, la dispepsia en los adultos puede ser el síntoma inicial de esta enfermedad y debe alertar al médico para que realice una endoscopia temprana en el estudio diagnóstico de estos pacientes.

PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO PARA LA DISPEPSIA NO INVESTIGADA

La dispepsia representa un motivo de consulta frecuente en atención primaria, con un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes, que además está asociado con altas tasas de ausentismo laboral, baja productividad en el trabajo y alto costo en prescripción de medicamentos por año.

En una revisión sistemática (20) (AMSTAR 11/11), en la cual se incluyeron 100 estudios de diferentes continentes (Europa, Asia, Australia, África, Norteamérica, Centroamérica y Suramérica), se encontró una prevalencia global de dispepsia en la comunidad de 20,8%, con el valor más alto en Suramérica (37,7%); igualmente, hay una prevalencia de dispepsia levemente más elevada en mujeres que en

hombres (25,3% versus 21,9%) en la mayoría de los países, sin encontrarse diferencia significativa en Suramérica.

Al evaluar los posibles factores de riesgo para la presencia de dispepsia, se encuentra una prevalencia más alta en fumadores al compararse con no fumadores (31,9% versus 27,4%); otra diferencia importante se observa en la prevalencia de dispepsia en pacientes consumidores de AINES (36,5%) al compararse con los no consumidores (31,7%). Cuando se estudia la asociación con infección por *H. pylori*, se evidencia una prevalencia significativamente más alta en individuos *H. pylori* positivo (38,4%) al compararse con individuos *H. pylori* negativos (34,2%).

Aunque son aspectos importantes para tener en consideración en el momento de evaluar los pacientes, todas estas asociaciones fueron modestas y debe valorarse al paciente en el contexto global, involucrando tanto factores de riesgo como la patogénesis de la dispepsia para definir una conducta.

REFERENCIAS

1. Talley NJ, Choung RS. Whither dyspepsia? A historical perspective of functional dyspepsia, and concepts of pathogenesis and therapy in 2009. *J Gastroenterol Hepatol*. 2009 Oct;24 Suppl 3:S20-8.
2. Talley NJ, Weaver AL, Tesmer DL, Zinsmeister AR. Lack of discriminant value of dyspepsia subgroups in patients referred for upper endoscopy. *Gastroenterology*. 1993 Nov;105(5):1378-86.
3. Klausner AG, Schindlbeck NE, Müller-Lissner SA. Symptoms in gastro-oesophageal reflux disease. *Lancet*. 1990 Jan 27;335(8683):205-8.
4. Piessevaux H, De Winter B, Louis E, Muls V, De Looze D, Pelckmans P, Deltenre M, Urbain D, Tack J. Dyspeptic symptoms in the general population: A factor and cluster analysis of symptom groupings. *Neurogastroenterol Motil*. 2009 Apr;21(4):378-88.
5. Locke GR 3rd, Zinsmeister AR, Fett SL, Melton LJ 3rd, Talley NJ. Overlap of gastrointestinal symptom complexes in a US community. *Neurogastroenterol Motil*. 2005 Feb;17(1):29-34.
6. Tack J, Talley NJ, Camilleri M, Holtmann G, Hu P, Malagelada JR, Stanghellini V. Functional gastroduodenal disorders. *Gastroenterology*. 2006 Apr;130(5):1466-79.
7. Tack J, Talley NJ. Functional dyspepsia -symptoms, definitions and validity of the Rome III criteria. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2013 Mar;10(3):134-41.
8. Tack J, Bisschops R, Sarnelli G. Pathophysiology and treatment of functional dyspepsia. *Gastroenterology*. 2004 Oct;127(4):1239-55.
9. Talley NJ, Vakil NB, Moayyedi P. American Gastroenterological Association technical review on the evaluation of dyspepsia. *Gastroenterology*. 2005 Nov;129(5):1756-80.
10. Lacy BE, Cash BD. A 32-year-old woman with chronic abdominal pain. *JAMA*. 2008 Feb 6;299(5):555-6.

11. Corsetti M, Caenepeel P, Fischler B, Janssens J, Tack J. Impact of coexisting irritable bowel syndrome on symptoms and pathophysiological mechanisms in functional dyspepsia. *Am J Gastroenterol*. 2004 Jun;99(6):1152-9.
12. Vakil N, van Zanten SV, Kahrilas P, Dent J, Jones R. Global Consensus Group. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: A global evidence-based consensus. *Am J Gastroenterol*. 2006 Aug;101(8):1900-20.
13. Veldhuyzen van Zanten S. "Functional dyspepsia". In J. McDonald, AK. Burroughs, B. Feagan and M. Brian Fennerty. *Evidence-Based Gastroenterology and Hepatology*, 3rd edition. Blackwell Publishing Ltd 2010.
14. Mahadeva S, Goh KL. Epidemiology of functional dyspepsia: A global perspective. *World J Gastroenterol*. 2006 May 7;12(17):2661-6
15. El-Serag HB, Talley NJ. Systemic review: The prevalence and clinical course of functional dyspepsia. *Aliment Pharmacol Ther*. 2004 Mar 15;19(6):643-54.
16. Agréus L. Natural history of dyspepsia. *Gut*. 2002 May;50 Suppl 4:iv2-9.
17. Camilleri M, Dubois D, Coulie B, Jones M, Kahrilas PJ, Rentz AM, Sonnenberg A, Stanghellini V, Stewart WF, Tack J, Talley NJ, Whitehead W, Revicki DA. Prevalence and socioeconomic impact of upper gastrointestinal disorders in the United States: Results of the US Upper Gastrointestinal Study. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2005 Jun;3(6):543-52.
18. Talley NJ, Silverstein MD, Agréus L, Nyrén O, Sonnenberg A, Holtmann G. AGA technical review: Evaluation of dyspepsia. American Gastroenterological Association. *Gastroenterology*. 1998 Mar;114(3):582-95.
19. Fisher RS, Parkman HP. Management of non ulcer dyspepsia. *N Engl J Med*. 1998 Nov 5;339(19):1376-81.
20. Ford AC, Marwaha A, Lim A, Moayyedi P. What is the prevalence of clinically significant endoscopic findings in subjects with dyspepsia? Systematic review and meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2010 Oct;8(10):830-7.
21. Barenys M, Rota R, Moreno V, Villafila R, García-Bayo I, Abad A, Pons JM, Piqué JM. Prospective validation of a clinical scoring system for the diagnosis of organic dyspepsia. *Med Clin (Barc)*. 2003 Dec 6;121(20):766-71.
22. Pineda LF, Otero W, Gómez M, Arbeláez V. Enfermedad estructural y valor predictivo de la Historia Clínica en pacientes con dispepsia no investigada. *Rev Col Gastroenterol*. 2004;19:13-25.

Recomendaciones

Sección diagnóstico

INTRODUCCIÓN

El 40% de los adultos experimentan síntomas de dolor o incomodidad abdominal superior, sin embargo, solo en la minoría de los pacientes que buscan atención médica se encuentra una causa orgánica (2).

El aspecto más relevante del acercamiento diagnóstico inicial es definir cuáles síntomas son irrelevantes y cuáles merecen una mayor atención y requieren un estudio con pruebas diagnósticas específicas. Una historia clínica detallada es la base fundamental de la aproximación inicial del paciente; se debe indagar acerca de los factores que pueden ocasionar la sintomatología dispeptica como el consumo de AINES u otros medicamentos, historia de enfermedades gastrointestinales como úlcera, cirugías abdominales, abuso de alcohol y antecedente de infección o tratamiento de *Helicobacter pylori* (Tabla 1).

El diagnóstico diferencial de la dispepsia es muy amplio y las características del dolor pueden orientar al médico a establecer la causa: dolor biliopancreático que usualmente tiene irradiación dorsal y se acompaña de náusea o vómito; por otra parte, el dolor abdominal generalizado que se alivia con la evacuación y que se acompaña de la alteración del hábito intestinal orienta al diagnóstico de SII. Si el paciente presenta regurgitación o pirosis durante al menos 2 veces a la semana y esto es lo que ocasiona mayor malestar, el diagnóstico clínico es ERGE, aunque se debe recordar que este puede coexistir con la dispepsia.

En la revisión por sistemas se debe investigar la posibilidad de otras enfermedades sistémicas como la enteropatía por gluten, donde la diarrea crónica, la osteoporosis y el retardo en el crecimiento son características típicas aunque no constantes; el antecedente de alcoholismo orienta a

pensar en pancreatitis crónica. Otras condiciones que causan dispepsia, como la diabetes, los trastornos de tiroides y del metabolismo del calcio, pueden investigarse durante el interrogatorio.

A pesar de su utilidad, el valor predictivo de los síntomas para detectar las posibles causas de la dispepsia es muy limitado, y no supera el 50%-60% en casos como úlcera péptica y cáncer gástrico (2).

Los desórdenes gastrointestinales funcionales se han definido recientemente con una clasificación basada en los síntomas, incluyendo dolor o incomodidad abdominal sin una causa bioquímica o estructural. Los pacientes referidos al especialista presentan varias alteraciones digestivas: retardo en el vaciamiento gástrico (30%), vaciamiento gástrico acelerado (10%) y dificultad para la acomodación gástrica. Adicionalmente, un 30% de los pacientes presentan hipersensibilidad a la distensión gástrica (2).

PRIMERA PREGUNTA: ¿CUÁL ES LA UTILIDAD DEL DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE DISPEPSIA?

Evidencia

Una revisión sistemática desarrollada para la GPC de la Asociación Española de Gastroenterología sobre el manejo del paciente con dispepsia (2012) (AMSTAR 9/11) identificó 13 estudios relacionados con el diagnóstico clínico de dispepsia con calidad de evidencia moderada. Se reporta la importancia de elaborar una historia clínica detallada que recolecte información sobre signos y síntomas, signos de alarma, hábitos intestinales, estilos de vida, utilización de medicamentos (en especial AINES e inhibidores de bomba de protones [IBP]), factores de riesgo, antecedentes de

enfermedades gástricas y presencia de *Helicobacter pylori*. El diagnóstico diferencial es determinante para discriminar enfermedades como reflujo gastroesofágico, cólico biliar o dolor pancreático. El valor predictivo positivo de los síntomas para diferenciar entre reflujo gastroesofágico, úlcera péptica y dispepsia funcional u otras enfermedades malignas se encuentra entre el 50%-60% (2).

Tabla 1. Síntomas y signos de alarma en un paciente con dispepsia no investigada.

Pérdida de peso significativa no intencionada
Vómitos intensos y recurrentes
Disfagia
Odinofagia
Signos de sangrado digestivo (anemia, hematemesis o melena)
Masa abdominal palpable
Ictericia
Linfadenopatías

Tomado de (3, 6).

En cuanto la información en Colombia, se identificó un estudio de corte transversal, con riesgo de sesgo no claro, cuyo objetivo es determinar la prevalencia de dispepsia no investigada y el valor predictivo de la historia clínica. Se incluyeron 542 pacientes mayores de 16 años con diagnóstico clínico de dispepsia y remitidos a endoscopia de diagnóstico, atendidos en 5 instituciones de Bogotá sin tratamiento previo. El 31% de los pacientes presentaron 1 o más síntomas de alarma (vómito, anorexia, pérdida de peso, disfagia, anemia y hematemesis); el 73% de los pacientes se diagnosticaron con dispepsia funcional y el 75,3% de estos fueron mujeres. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre dispepsia funcional y alivio con las comidas (OR 1,55; IC 95% 1,02-2,37) y los síntomas de alarma consignados en la **Tabla 2** (4).

Tabla 2. Asociación entre los síntomas de alarma y la dispepsia orgánica.

	OR	IC 95%	Valor p
Vómito	1,79	1,05-3,05	0,021
Anorexia	2,47	1,49-4,07	<0,001
Pérdida de peso	4,29	2,62-7,04	<0,001
Disfagia	8,95	3,28-27,85	<0,001
Anemia	5,38	2,42-12,07	<0,001
HVD	5,28	2,78-10,06	<0,001

Tomado de Pineda, 2004.

Síntomas de dispepsia posinfecciosa

Una revisión sistemática de (1) (AMSTAR 8/11) incluyó 19 estudios observacionales con el fin de identificar la prevalencia de dispepsia funcional posinfecciosa y sus síntomas; se reportó que los pacientes con dispepsia funcional posinfecciosa exhiben saciedad temprana, pérdida de peso, náuseas y vómitos como síntomas prevalentes cuando se comparan con pacientes con dispepsia de inicio inespecífico. Algunos estudios registraron individuos con dispepsia funcional posinfecciosa con los siguientes síntomas predominantes: llenura (p <0,001), dolor posprandial (p <0,001) y náusea (p <0,001), así como una alteración de la acomodación gástrica (66% versus 30%).

La revisión sistemática identificó 6 estudios que evaluaron la asociación de la ocurrencia de dispepsia con infecciones previas; se reportó un valor OR de 2,54 (IC 95% 1,76-3,65) para el desarrollo de dispepsia 6 meses después de gastroenteritis aguda (GEA). Estudios individuales reportaron asociación con *Salmonella spp* (OR 5,68; IC 95% 3,19-10,11), *E. Coli* 0157 con *Campylobacter yeyuni* (OR 2,04; IC 95% 1,28-3,25) (OR 1,80; IC95%: 1,28-3,25) para dispepsia funcional y SII posinfeccioso, respectivamente, después de brotes de GEA por *E.coli* 0157 y *Campylobacter yeyuni*.

Los estudios incluidos en la revisión fueron de baja calidad, no estandarizaron la definición de dispepsia posinfecciosa y presentaron alta heterogeneidad en algunas comparaciones (1).

Desenlaces de pacientes

Una revisión sistemática de Rolfe (5) (AMSTAR 9/11) determinó si la realización de estudios especializados de diagnóstico (imágenes, endoscopia, exámenes cardiológicos) en pacientes sintomáticos con bajo riesgo de tener enfermedad grave mejora los siguientes aspectos: seguridad (confianza) de no padecer una enfermedad seria, ansiedad o preocupación por sus síntomas y reducción en el número de visitas médicas. La revisión incluyó 14 estudios (3828 pacientes), los desenlaces fueron evaluados en corto (<3 meses) y largo (>3 meses) plazo. Tres de ellos no reportaron ningún efecto sobre la preocupación acerca de la enfermedad (OR 0,87; IC 95% 0,55-1,39) y 2 ningún efecto sobre la ansiedad inespecífica (OR 0,06; IC 95% 0,16-0,28); 10 estudios no encontraron efecto a largo plazo en la persistencia de síntomas (OR 0,99; IC 95% 0,85-1,15). El metaanálisis, excluyendo los datos atípicos, sugiere una pequeña reducción en las visitas médicas después de los exámenes de diagnóstico realizados (OR 0,77; IC 95% 0,62-0,96).

El estudio concluye que la realización de estudios diagnósticos (incluido endoscopia en dispepsia) en pacientes con bajo riesgo de enfermedad seria (incluyendo dispepsia) no produce ningún efecto en el reaseguramiento de los pacientes, la reducción de la ansiedad ni la preocupación acerca de sus síntomas; los datos también sugieren que estos pacientes pueden reducir el número de visitas médicas subsecuentes. La revisión presenta gran heterogeneidad en los resultados (5).

Recomendación	No.	Resumen
Fuerte a favor	1	Se recomienda elaborar una historia clínica detallada para detectar síntomas de dispepsia e indagar por factores de riesgo, hábitos intestinales y antecedentes de gastroenteritis aguda. Calidad de evidencia moderada ⊕⊕⊕○
Fuerte a favor	2	Se recomienda identificar signos de alarma en los pacientes con dispepsia no investigada. Calidad de evidencia moderada ⊕⊕⊕○
Punto de buena práctica		Todos los niveles de atención deben indagar por síntomas de dispepsia

REFERENCIAS

1. Futagami S, Itoh T, Sakamoto C. Systematic review with meta-analyfunctional dyspepsia. *Aliment Pharmacol Ther.* 2015;41:177–188.
2. Gisbert J, Calvet X, Ferrándiz J, Mascort J, Alonso-Coello P, Marzo M. Guía de práctica clínica sobre el manejo del paciente con dispepsia. Actualización 2012. *Gastroenterol Hepatol.* 2012;35(10):725.e1-725.e38.
3. Madsen LG, Bytzer P. The value of alarm features in identifying organic causes of dyspepsia. *Can J Gastroenterol.* 2000;14:713-20.
4. Pineda L, Otero W, Gómez M, Arbeláez V, Otero E. Enfermedad estructural y valor predictivo de la historia clínica en pacientes con dispepsia no investigada. *Rev Colomb Gastroenterol.* 2004;19(1):13-25.
5. Rolfe A, Burton C. Reassurance after diagnostic testing with a low pretest probability of serious disease: Systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med.* 2013 Mar 25;173(6):407-16.
6. Talley NJ, Vakil N and the practice parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Guidelines for the Management of dyspepsia. *Am J Gastroenterol.* 2005;100:2324-37.

Sección diagnóstico

Segunda pregunta

SEGUNDA PREGUNTA: ¿CUÁL ES EL DIAGNÓSTICO DE DISPEPSIA FUNCIONAL?

Introducción

Clasificación dispepsia de Roma III

El grupo de trabajo de Roma III definió la dispepsia funcional como la presencia de síntomas que se originan en la región gastroduodenal en la ausencia de cualquier enfermedad orgánica, sistémica o metabólica que los pueda explicar, siendo estos síntomas la pesadez posprandial, la saciedad precoz y el dolor o ardor epigástrico; los síntomas deben estar presentes por un periodo mínimo de 3 meses. Como ya se mencionó, se considera que la dispepsia funcional consiste de 2 condiciones en general: SDE y SSP; este último se caracteriza por saciedad temprana y llenura y/o molestia posprandial, y es desencadenado por la ingesta de comida (2).

Evidencia

Una revisión sistemática sobre el manejo del paciente con dispepsia desarrollada para la GPC de la Asociación Española de Gastroenterología (2012) (AMSTAR 9/11) identificó 6 ensayos controlados aleatorios que muestran que en individuos asintomáticos infectados y en pacientes con dispepsia no investigada, la erradicación de *H. pylori* reduce los síntomas dispépticos a largo plazo y los costos directos del tratamiento de dispepsia (1).

Recomendación	No.	Resumen
Fuerte a favor		Se recomienda investigar siempre <i>H. pylori</i> en pacientes con dispepsia no investigada. Calidad de evidencia baja ⊕⊕○○

¿Cuándo y en quién debe realizarse endoscopia digestiva en el estudio diagnóstico de la dispepsia?

Introducción

De acuerdo con GPC de agencias especializadas como NICE, SIGN, NZ, la endoscopia de vías digestivas altas se recomienda en pacientes con síntomas de alarma que se encuentren entre 35 y 55 años, de acuerdo con los antecedentes familiares. El valor de los síntomas de alarma se prioriza en algunos contextos y existen otros pacientes que podrían beneficiarse de la prueba, por lo tanto es relevante conocer la utilidad de la endoscopia en el diagnóstico de dispepsia.

Evidencia

Una revisión sistemática sobre el manejo del paciente con dispepsia desarrollada para la GPC de la Asociación Española de Gastroenterología (2012) (AMSTAR 9/11) identificó 11 estudios relacionados con la utilidad de los síntomas de alarma como criterio para recomendar la endoscopia precoz. Se reportan resultados contradictorios entre los estudios: algunos registraron síntomas de alarma de dispepsia como edad, anemia, historial personal o familiar de cáncer gástrico como variables predictoras de este último; además, existen diferentes puntos de corte para la edad, de esta depende la prevalencia de cáncer gástrico. En España, considerando la prevalencia de las neoplasias, el riesgo de pacientes dispépticos sin signos de alarma y los casos excepcionales de cáncer gástrico sin signos de alarma, se recomienda endoscopia en mayores de 55 años (4).

Una revisión sistemática de Chen (3) (AMSTAR 11/11) tuvo como objetivo principal investigar la utilidad de la endoscopia como estrategia inicial en pacientes adultos con dispepsia no investigada (DNE) en Asia. Para contes-

tar esta pregunta exploraron 3 aspectos críticos: (i) prevalencia de lesiones orgánicas (detectadas por endoscopia) y cáncer en pacientes jóvenes con síntomas dispépticos, (ii) seguridad de aplicar los síntomas de alarma (como tami-zación) para estratificar los pacientes que recibirían trata-miento empírico y endoscopia, y (iii) comparación de los umbrales de edad en el significado diagnóstico de maligni-dad en la población asiática.

La revisión incluyó 18 estudios observacionales prospec-tivos con 142 802 pacientes adultos (>16 años de edad) con DNE. La prevalencia de cáncer en pacientes jóvenes puede influenciar la evaluación de endoscopia. La tasa de detec-ción de cáncer fue de 1,3% (IC 95% 0,8-2,1) entre pacien-tes con dispepsia en Asia. Entre los pacientes con cáncer y síntomas dispépticos, el 17% (IC 95% 10,9-29,0) fueron menores de 45 años de edad y el 3,0% (IC 95% 2,5-3,5) fueron menores de 35; la edad >35 años tuvo una precisión diagnóstica para malignidad mejor que la edad >45 años (DOR 9,41; IC 95% 7,89-11,21; AUC 0,82 *versus* DOR 3,5; IC 95% 2,32-5,27; AUC 0,70). Los síntomas y signos de alarma tienen un poder muy limitado de predicción para la enfermedad orgánica: sensibilidad de 51,9% (IC 95% 50,4-53,4) y especificidad de 85,1% (IC 95% 84,9-85,3).

En Colombia se realizó 1 estudio de corte transversal, con riesgo de sesgo no claro, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de dispepsia no investigada y el valor pre-dictivo de la historia clínica. Se incluyeron 542 pacientes mayores de 16 años con diagnóstico clínico de dispepsia y remitidos a endoscopia diagnóstica, atendidos en 5 institu-ciones de Bogotá, sin tratamiento previo. El 31% presentó 1 o más síntomas de alarma (vómito, anorexia, pérdida de peso, disfagia, anemia y hematemesis) y el 9% tenía cáncer gástrico como diagnóstico endoscópico. Se encontró asociación entre la presencia de al menos 1 signo de alarma y el cáncer gástrico ($p < 0,001$); adicionalmente, se encon-tró asociación entre la edad y el cáncer gástrico avanzado ($p < 0,001$), siendo más frecuente en pacientes mayores de 60 años (19%), seguido de edad entre 51-60 (10,6%). De los 50 casos de cáncer gástrico encontrados en este estudio, ninguno se presentó en menores de 30 años; 5 (10%) se encontraron en el grupo de 31 a 40 años de edad y 9 (18%) de ellos no presentó síntomas de alarma al ser interrogados antes de la endoscopia (5).

De la evidencia a la recomendación

La causa más frecuente de dispepsia es dispepsia funcional, y por ello, la endoscopia es innecesaria en la mayoría de los casos; con base en esto, casi todos los consensos y GPC recomiendan utilizar los síntomas de alarma como indica-ción para hacer la endoscopia inicial.

Las zonas del mundo con más alta incidencia de cáncer gástrico son Asia del este (40 a 60/100 000 habitantes), Europa del este (alrededor de 35/100 000 habitantes) y algunas zonas de Latinoamérica como América central y la región andina (tasas de 20 a 30/100 000 habitantes). En Colombia, las tasas de incidencia son menores que las reportadas en Asia, pero mayores que las registradas en Norteamérica; por lo tanto, el GDG identifica que, para el contexto colombiano, no se puede aplicar la evidencia de poblaciones europeas y norteamericanas con respecto del uso de la endoscopia en dispepsia. Nuestro perfil epide-miológico de cáncer gástrico y de lesiones premalignas en el estómago es más cercano al de los países asiáticos; ade-más, los síntomas de alarma no son confiables para predecir enfermedad estructural en pacientes con DNE. No realizar endoscopia de vías digestivas altas en adultos en zonas de alto riesgo de cáncer gástrico, como Colombia, puede retar-dar el diagnóstico de esta enfermedad.

Recomendación	No.	Resumen
Fuerte a favor		Se recomienda endoscopia digestiva de vías digestivas altas en pacientes con dispepsia no investigada, con 1 o más síntomas o signos de alarma, independiente de la edad, con el fin de descartar enfermedad estructural. Calidad de evidencia baja ⊕⊕○○
Fuerte a favor		Se recomienda realizar endoscopia a todos los pacientes mayores 35 años con dispepsia no investigada, aun en ausencia de síntomas de alarma. Calidad de evidencia baja ⊕⊕○○
Fuerte a favor		Se recomienda que los pacientes sean diagnosticados con dispepsia funcional cuando una endoscopia digestiva alta previa ha descartado enfermedades orgánicas del tracto digestivo superior y los signos/síntomas se mantienen. Calidad de evidencia muy baja ⊕○○○
Punto de buena práctica		Los entes gubernamentales y aseguradores deben garantizar el acceso oportuno a los servicios de endoscopia

REFERENCIAS

- Gisbert J, Calvet X, Ferrándiz J, Mascort J, Alonso-Coello P, Marzo M. Guía de práctica clínica sobre el manejo del paciente con dispepsia. Actualización 2012. *Gastroenterol Hepatol.* 2012;35(10):725.e1-725.e38.
- Tack J, Talley N, Camilleri M, Holtmann g, Hu p, Malagelada Jr, Stanghellini V. Functional gastroduodenal disorders: A working team report for the Rome III Consensus on

- functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology*. 2006;130:1466-79.
3. Chen SL1, Gwee KA, Lee JS, Miwa H, Suzuki H, Guo P, Hao YT, Chen MH. Systematic review with meta-analysis: Prompt endoscopy as the initial management strategy for uninvestigated dyspepsia in Asia. *Aliment Pharmacol Ther*. 2015 Feb;41(3):239-52.
 4. Gisbert J, Calvet X, Ferrándiz J, Mascort J, Alonso-Coello P, Marzo M. Guía de práctica clínica sobre el manejo del paciente con dispepsia. Actualización 2012. *Gastroenterol Hepatol*. 2012;35(10):725.e1-725.e38.
 5. Pineda L, Otero W, Gómez M, Arbeláez V, Otero E. Enfermedad estructural y valor predictivo de la historia clínica en pacientes con dispepsia no investigada. *Rev Colomb Gastroenterol*. 2004;19(1):13-25.

Sección tratamiento

INTRODUCCIÓN

La estrategia de manejo en DNE es controvertida, sin embargo, la elección se ve afectada por la prevalencia de *H. pylori*, el costo y la efectividad de los medicamentos utilizables y la disponibilidad de endoscopia de vías digestivas altas. Las opciones incluyen endoscopia temprana antes de iniciar un tratamiento, pruebas no invasivas para *H. pylori*, y terapia antisecretora y procinéticos en forma empírica.

TERCERA PREGUNTA: ¿CUÁL ES LA SEGURIDAD Y EFICACIA DE LA TERAPIA FARMACOLÓGICA EN DISPEPSIA FUNCIONAL?

Antisecretores

Evidencia

Antiácidos y citoprotectores

Una revisión sistemática Cochrane, desarrollada en 2006 y actualizada en 2011 (AMSTAR 8/11), evaluó la eficacia de 6 tipos de medicamentos para la dispepsia funcional. La revisión incluyó 9 ECA y mostró que los antiácidos (RRR -2%; IC 95% -36-24, 109 participantes) y el sucralfato (RRR 29%; IC 95% -40-64) no tuvieron efecto sobre los síntomas de dispepsia. Los pacientes del grupo de sucralfato presentaron EA del 13% comparado con 17% del grupo de placebo.

Las sales de bismuto fueron ligeramente más efectivas (RRR 40%; IC 95% -3-65, 311 participantes) comparadas con el placebo y presentaron eventos adversos moderados en el 8% de los pacientes, comparado con el 5% del grupo de control; no se reportaron desenlaces de calidad de vida. El análisis muestra sesgo de publicación y el efecto mos-

trado por las sales de bismuto es muy pequeño, por lo que los resultados deben evaluarse con precaución (1).

Recomendación	No.	Resumen
Fuerte a favor		Se recomienda no utilizar antiácidos o citoprotectores como tratamiento de primera línea. Calidad de evidencia baja ⊕⊕○○
Punto de buena práctica		Debe brindarse al paciente información sobre los riesgos de la autoformulación de antiácidos

Antagonistas de receptores H2 de histamina

Una revisión sistemática sobre el manejo del paciente con dispepsia desarrollada para la GPC de la Asociación Española de Gastroenterología (2012) (AMSTAR 9/11) identificó 3 revisiones sistemáticas que evalúan la eficacia del tratamiento anti-H2 y muestran su superioridad comparado con el placebo; los estudios presentan alta heterogeneidad con respecto de dosis, medicamentos, formas de medición de los desenlaces y tiempos de seguimiento (2).

Una revisión sistemática Cochrane, desarrollada en 2006 y actualizada en 2011 (AMSTAR 8/11), evaluó la eficacia de 6 tipos de medicamentos para la dispepsia funcional. La revisión incluyó 12 ECA de alta calidad con 2183 participantes y mostró que los anti-H2 eran más efectivos que el placebo (RRR 23%; IC 95% 8-35), ya que presentaron EA entre 0% y 12% comparado con 13% del grupo de placebo. No se reportaron desenlaces de calidad de vida y el análisis muestra sesgo de publicación. Existe muy poca evidencia y de baja calidad que compare directamente anti-H2 con bomba de protones o antiácidos, y los resultados no son estadísticamente significativos (p < 0,005) (1).

Inhibidores de bomba de protones (IBP)

Una revisión sistemática sobre el manejo del paciente con dispepsia desarrollada para la GPC de la Asociación Española de Gastroenterología (2012) (AMSTAR 9/11) identificó 3 revisiones sistemáticas que evalúan la eficacia de los IBP; las 3 mostraron mejoramiento global de los síntomas de dispepsia comparados con placebo. Adicionalmente, se identificó un ECA que encontró que el omeprazol de 10 mg es tan eficaz como el de 20 mg, sin embargo, la evidencia no es suficiente para llegar a una conclusión (2).

Una revisión sistemática Cochrane, desarrollada en 2006 y actualizada en 2011 (AMSTAR 8/11), evaluó la eficacia de 6 tipos de medicamentos para la dispepsia funcional; la revisión incluyó 10 ECA con 3347 participantes y mostró un efecto superior de los IBP comparados con placebo (RRR 13%; IC 95% 4-20) después de 8 semanas de terapia en pacientes con síntomas de dolor epigástrico, regurgitación y pirosis.

Tres estudios reportaron desenlaces de calidad de vida sin encontrar diferencias entre los grupos. Algunos EA que llevaron a discontinuar la terapia fueron reportados en el 8% de los participantes del grupo IBP y 8% en placebo; se encontraron 6 ECA que evaluaron dosis completa *versus* mitad de la dosis sin diferencias en eficacia. El análisis muestra sesgo de publicación, y alta heterogeneidad y pérdidas atribuidas a la terapia (1).

Recomendación	No.	Resumen
Fuerte a favor		Se recomienda que pacientes con DF con dolor epigástrico reciban IBP como tratamiento de primera opción. Calidad de evidencia baja ⊕⊕○○

Estrategias para discontinuar los inhibidores de bomba de protones

Introducción

Aunque ya está establecida la existencia de hipersecreción ácida de rebote después de suspender el tratamiento con IBP, las implicaciones clínicas son menos exactas. Se ha especulado que un fenómeno de rebote clínicamente relevante puede ser responsable por las dificultades para disminuir el medicamento supresor de ácido y explica parcialmente el incremento en el uso a largo plazo de los IBP (4).

Evidencia

Una revisión sistemática de la literatura (AMSTAR 8/11) buscó evaluar el discontinuar la terapia con IBP en pacientes con diagnóstico de ERGE no erosivo, dispepsia o sin indicación clara conocida; se incluyeron 6 estudios clínicos, 3 de ellos ECA de Suecia, Dinamarca y Holanda, y 3 no aleatorizados en centros ambulatorios de Escocia, Dinamarca y EEUU.

El primer ECA incluido fue el de Krol, con 113 pacientes que habían tomado IBP por al menos 12 semanas; se observó un RR 3,56 (IC 95% 1,09-11,64) en relación con la tasa de disminución de uso de IBP a las 12 semanas (escala de Jadad 2). En el segundo, Bjornsson evaluó 97 pacientes con omeprazol 20 mg/día o 10 mg/día y con suspensión del tratamiento 3 semanas después; el 27% del total de pacientes permanecieron sin necesidad de IBP al año de seguimiento, con un porcentaje por grupos de 31% para los pacientes que realizaron suspensión progresiva del medicamento contra un 22% para quienes lo suspendieron en forma abrupta, sin diferencia significativa (escala de Jadad 4). Finalmente, Zwisler evaluó 171 pacientes con antecedente de consumo de anti-H2 o IBP por más de 2 meses, que recibieron esomeprazol 40 mg o placebo. Se evaluó la necesidad del paciente de restituir su terapia previa, resultando que el 71% de aquellos con placebo lo descontinuaron, comparado con el 19% de los pacientes con esomeprazol; el 29% de los aleatorizados con el grupo con placebo permanecieron asintomáticos sin IBP al año de seguimiento, mientras que el 81% de los aleatorizados con esomeprazol permanecieron en este medicamento (escala de Jadad 5).

En los 3 estudios no aleatorizados, la variabilidad de los pacientes que permanecen asintomáticos tras la suspensión del IBP está entre el 14% y el 64%; se presentó alta heterogeneidad entre los estudios, por lo que no fue posible realizar metaanálisis. En los estudios en que pudo evaluarse la suspensión abrupta o escalonada del IBP, no hubo diferencia significativa en el método utilizado, pero al comparar estudios de suspensión abrupta con suspensión escalonada o por pasos, en estos últimos se lograron mayores porcentajes de suspensión del IBP. Además, se observó que a pesar de no hallarse patología en la endoscopia, la mayoría de pacientes con recurrencia de síntomas después de suspender la medicación mejoraron al restituirse el IBP cuando se comparaban con placebo (3).

Recomendación	No.	Resumen
Fuerte a favor		Se recomienda que el tratamiento antisecretor con IBP no sea administrado de forma indefinida. Calidad de evidencia moderada ⊕⊕⊕○
Débil a favor		Se sugiere que después de 8 semanas de tratamiento con IBP, este sea suspendido de forma gradual. Calidad de evidencia moderada ⊕⊕⊕○
Punto de buena práctica		El clínico debe reinterrogar a los pacientes con dispepsia funcional que no respondan al tratamiento empírico inicial administrado durante 8 semanas, para buscar la presencia de síntomas de alarma

Procinéticos

Introducción

Evidencia

Una revisión sistemática Cochrane, desarrollada en 2006 y actualizada en 2011 (AMSTAR 8/11), evaluó la eficacia de los procinéticos (domperidona, mosaprida, alosetrón, ABT-229, Z-338 e itoprida). La revisión incluyó 19 ECA con 3178 participantes y mostró un efecto superior de los procinéticos comparados con placebo (RRR 33%; IC 95% 18-45) después de 8 semanas de terapia. Al realizar comparaciones indirectas, se encontró que los procinéticos eran más efectivos que los anti-H2 en reducir los síntomas de dispepsia ($p: 0,04$): los pacientes que recibieron anti-H2 tenían 1,47 mayor probabilidad de estar dispépticos al final de los estudios que los pacientes con procinéticos (OR 1,47; IC 95% 1,02-2,12). Los EA se presentaron entre el 7%-47% de los participantes del grupo de procinéticos y del 3% al 31% en el grupo de placebo.

El análisis muestra sesgo de publicación y alta heterogeneidad entre los estudios atribuidos a la terapia (1).

Mosaprida

Un metaanálisis de Bang (5) (AMSTAR 9/11) evaluó la eficacia terapéutica de la mosaprida (un agonista selectivo de los receptores 5-HT₄) en la DF. La revisión identificó 13 estudios obtenidos entre los años 2002 a 2013, los cuales incluyeron 1091 pacientes tratados con mosaprida y 1129 pacientes de grupo de control (placebo u otro tratamiento); solo 1 estudio fue realizado en Europa, los 12 restantes tuvieron lugar en Asia.

El metaanálisis mostró que no existían diferencias entre la mosaprida y cualquier comparación en la mejoría global de síntomas o índices basados en síntomas (RR 0,999; IC 95% 0,969-1,150). El análisis de sensibilidad de los ECC de alta calidad mostró que la mosaprida es superior (RR 1,114; IC 95% 1,011-1,227); cuando se analizaron los estudios con los criterios de Roma III para el diagnóstico de DF, la mosaprida no mostró efecto (RR 0,906; IC 95% 0,807-1,016). En los estudios patrocinados por la industria farmacéutica, la mosaprida tuvo un efecto en los síntomas de DF (RR 1,131; IC 95% 1,028-1,244). La revisión no reportó efectos secundarios ni desenlaces en la calidad de vida.

Los estudios tienen alta heterogeneidad por inconsistencia en los criterios de diagnóstico para DF y por los diferentes desenlaces evaluados ($I^2 >40\%$). Finalmente, se encontró un favorecimiento de los resultados positivos cuando los estudios fueron patrocinados por la industria farmacéutica, lo que demuestra un sesgo de publicación.

Itoprida

Una revisión sistemática de la literatura (AMSTAR 8/11) evaluó el efecto terapéutico de la itoprida (procinético) frente a otras opciones terapéuticas (domperidona, mosaprida y placebo) en el manejo de dispepsia funcional. Se incluyeron 9 ECA; de estos, 7 fueron clasificados como de grado B y 2 como de grado A. Los estudios incluidos contenían un total de 2620 pacientes, 1372 de los cuales recibieron itoprida y 1248 recibieron placebo u otros medicamentos de control.

La itoprida mejoró el indicador de evaluación global de los pacientes (RR 1,11; IC 95% 1,03-1,19). En relación con la mejoría de plenitud posprandial, 4 ECA demostraron eficacia a favor de la itoprida con respecto de domperidona (RR 1,21; IC 95% 1,03-1,44); la calidad de vida mejoró en los pacientes con itoprida comparada con placebo ($p < 0,001$). No se encontraron diferencias con domperidona, mosaprida y placebo en relación con el malestar epigástrico. Los resultados frente a efectos adversos demostraron que la itoprida no tenía una mayor incidencia de reacciones adversas comparada con otros procinéticos y placebo (RR 0,96; IC 95% 0,78-1,117).

La calidad de la evidencia de la mejoría de los síntomas es muy baja teniendo en cuenta que los estudios incluidos eran de riesgo de sesgo no claro y que se presentó imprecisión (6).

Acotiamida

Un metaanálisis (7) (AMSTAR 9/11) evaluó la acotiamida para el tratamiento de dispepsia funcional comparada con placebo; se incluyeron 7 ECA de Japón, Europa y EEUU. La edad de los pacientes fue de 37-49 años. La dosis utilizada en los estudios de acotiamida fue de 50 mg a 900 mg, 3 veces día; el periodo de uso de la intervención fue de 3-4 semanas y el seguimiento 4 semanas. La acotiamida mostró una mejoría global de síntomas de dispepsia (RR 1,29; IC 95% 1,19-1,40) y la dosis de 100 mg 3 veces al día mostró un mayor efecto (RR 1,39; IC 95% 1,24-1,56). No se presentaron diferencias significativas en eventos adversos entre acotiamida y placebo pero se observaron cambios en el potasio, la lactato deshidrogenasa, la glucosa en orina, y síntomas como cefalea y mareo ($p < 0,05$). Según los reportes, la acotiamida tuvo mejor efecto en el SSP de forma específica.

La calidad de la evidencia fue moderada por las diferencias en calidad de los estudios incluidos.

Recomendación	No.	Resumen
Débil a favor		Se sugiere que pacientes con DF con síntomas posprandiales reciban procinéticos como tratamiento inicial. Calidad de evidencia muy baja ⊕○○○

Débil a favor	Se sugiere la administración de acotiamida en pacientes con DF con síntomas posprandiales como primera opción, si se encuentra disponible. Calidad de evidencia moderada ⊕⊕⊕○
Fuerte a favor	Se recomienda utilizar procinéticos en los pacientes que no respondan a IBP en primera línea de tratamiento. Calidad de evidencia muy baja ⊕○○○
Fuerte a favor	Se recomienda utilizar IBP en los pacientes que no responden a procinéticos en primera línea de tratamiento. Calidad de evidencia muy baja ⊕○○○
Punto de buena práctica	Antes de la prescripción de procinéticos, debe evaluarse el riesgo de efectos secundarios, especialmente enfermedad cardiovascular y neurológica

Antidepresivos

Introducción

Se han utilizado dosis bajas de antidepresivos para el tratamiento de desórdenes gastrointestinales crónicos como la dispepsia; estos agentes se consideran neuromoduladores que alteran la sensación visceral y mejoran el sueño.

Evidencia

Amitriptilina

Se encontraron 3 ECA sobre este medicamento. Braak (8) evaluó la efectividad de 8 semanas de tratamiento con amitriptilina (AMT) en pacientes con dispepsia funcional en relación con la capacidad de beber y síntomas clínicos; se seleccionaron 38 pacientes de acuerdo con los criterios de Roma III y recibieron amitriptilina 12,5 mg, 50 mg o placebo. La capacidad de beber (de acuerdo con la prueba) y los síntomas posprandiales no fueron diferentes en ninguno de los 3 grupos; asimismo, los síntomas posprandiales no fueron estadísticamente significativos entre los grupos ($p > 0,05$). Los puntajes del cuestionario de síntomas ($p 0,02$) y náusea ($p 0,004$) fue más reducido en los grupos de AMT comparados con placebo. La calidad del estudio, de acuerdo con la lista de chequeo de Cochrane, es bajo riesgo de sesgo (8).

Talley (12) realizó un ECA doble ciego multicéntrico en 8 ciudades norteamericanas. Se reclutaron 294 participantes entre 18 y 75 años a quienes se les administró placebo, 50 mg de amitriptilina o 50 mg de escitalopram. Los sujetos del grupo de AMT que presentaron DF con síntomas parecidos a úlcera mostraron alivio de estos comparado con placebo (OR 3,1; IC 95% 1,1-9,0); los antidepresivos no mostraron efecto en GE o sensación de saciedad después de 10 semanas de tratamiento. El vaciado gástrico fue simi-

lar en los 3 grupos, así como el dolor abdominal superior, la náusea o la hinchazón. Se reportaron 235 eventos adversos, 20% del grupo de placebo, 30% del grupo de AMT y 29% del grupo de escitalopram. El valor de calidad global de vida fue mejor en los grupos de tratamiento comparados con placebo ($p 0,02$). El estudio aleatorizó 90 pacientes menos del tamaño de muestra esperado y presentaron pérdidas del 23% en el grupo de placebo, 20% en el grupo de amitriptilina y 33% en el grupo de escitalopram, lo cual afecta el poder del estudio. La calidad del estudio es riesgo de sesgo no claro (12).

Bouras (9) realizó 1 ensayo clínico aleatorizado doble ciego fase 2 donde comparó el efecto de 2 dosis de amitriptilina (25 mg [$n=14$] y 50 mg [$n=13$], y placebo [$n=14$]) en 41 voluntarios sanos en relación con acomodación gástrica, saciedad y síntomas posprandiales durante 2 semanas. La AMT mostró una disminución a las 2 horas (mediana: 75% placebo, 67% para 50 mg de AMT, 57% para 25 mg de AMT; $p > 0,05$) y 4 horas de vaciado gástrico (mediana: 98% para placebo, 96% para 25 mg de AMT, 92% para 50 mg de AMT; $p: 0,003$); asimismo, no afectó los volúmenes gástricos y de saciedad, pero redujo el puntaje de náusea a los 30 minutos de una forma dosis dependiente (mediana: 2,1 para placebo, 0,9 para 25 mg de AMT y 0,0 para 50 mg de AMT; $p: 0,009$). La calidad del estudio no es clara (9).

Otros antidepresivos

Se encontró una revisión sistemática (11) (AMSTAR 6/11) que no incluyó evaluación de la calidad de los estudios participantes, sino que buscó valorar la eficacia del tratamiento de dispepsia funcional con cualquier agente antidepresivo en pacientes con salud mental normal entre 20 y 65 años. Se incluyeron 13 estudios, solo 4 fueron ensayos clínicos aleatorizados. El diagnóstico de dispepsia fue basado en los criterios de Roma II para 9 estudios.

Once estudios reportaron mejoras en los síntomas de DF; el metaanálisis de 4 estudios registró un RR de 0,55 (IC 95% 0,36-0,85). Los ECA incluidos en el metaanálisis fueron: Malt (1996), quien comparó el mianserina (30-120 mg) por 8 semanas con placebo; 2 pacientes se retiraron del grupo de tratamiento por EA. Song (1998) comparó la levosulpirida 75 mg por 3 semanas; no se reportaron EA. Arienti (1994) comparó levosulpirida 75 mg, metoclopramida 30 mg, domperidona 30 mg y placebo por 4 semanas; no se reportaron EA. McHardy (1968) comparó bromuro de clidinio 20 mg + clordiazepóxido 40 mg por 3 semanas. La calidad metodológica de la revisión es baja, no se evaluó la calidad de los estudios incluidos, se reporta brevemente que la calidad de los estudios era pobre y el resultado presentado podría ser una sobrestimación, por lo que no es concluyente. Los eventos adversos se registraron cuando conllevaban a pérdidas dentro del estudio (11).

Se encontró 1 ECA multicéntrico (13) que evaluó la eficacia del antidepresivo venlafaxina en DF; 160 pacientes recibieron 8 semanas de tratamiento (2 semanas 75 mg diarios, 4 semanas 150 mg diarios y 2 semanas 75 mg diarios) o placebo. Solo el 56% de los asignados al grupo de venlafaxina completaron el tratamiento comparado con el 73% del grupo de placebo. El análisis por protocolo no mostró diferencias entre los grupos en 8 semanas (OR 0,8; IC 95% 0,3-2,1) o 20 semanas después de finalizar el tratamiento (OR 3,1; IC 95% 0,9-12,6). La mayoría de los pacientes que se retiraron del grupo de venlafaxina fue debido a EA como náusea, palpitaciones, sudoración, desórdenes del sueño e impedimento visual. El puntaje de la escala de calidad de vida HRQOL mostró diferencia de medias de 0,06 (IC 95% 0,01-0,12) para 8 semanas y de 0,08 (IC 95% 0,02-0,15) para 20 semanas. El estudio tiene alto riesgo de sesgo, no se reportó cómo fue el enmascaramiento de los participantes, el grupo de participantes asignados a venlafaxina tenían un mayor porcentaje de embotamiento y el número de pérdidas fue mayor al 20% (13).

Hashah (10) realizó un ensayo clínico aleatorizado cruzado que evaluó la eficacia de flupentixol y melitraceno (f+m) con propiedades antidepresivas y ansiolíticas. El estudio reclutó 25 pacientes de acuerdo con los criterios de Roma III, entre 25 y 43 años, por 8 semanas, y debían haber tenido un tratamiento con bomba de protones mínimo antes de 2 semanas al inicio de la terapia. Se presentó una mejoría global de los síntomas con f+m comparado con placebo (ITT 73,9% versus 6,1%; p 0,001), no se presentó diferencia en el alivio de los síntomas globales entre los grupos (p 0,294); en cuanto a la calidad de vida, los puntajes de la escala SF-NID después de 2 semanas de tratamiento se redujeron en los pacientes con f+m (16,71 + 6,65 versus 22,84 + 9,18; p 0,010). Cinco pacientes reportaron efectos secundarios moderados con f+m que incluyen insomnio, molestia general, diarrea y un nuevo síntoma de reflujo. La calidad del estudio es alta: pocas pérdidas, adecuada aleatorización, enmascaramiento, línea basal y tiempos de lavado.

Recomendación	No.	Resumen
Débil a favor		En pacientes con dispepsia funcional, con endoscopia negativa, que no respondan a IBP y procinéticos, se sugiere el uso de antidepresivos en dosis bajas. Calidad de evidencia baja ⊕⊕○○
Punto de buena práctica		Antes de la prescripción de antidepresivos, debe evaluarse el riesgo de efectos secundarios

REFERENCIAS

1. Moayyedi P, Soo S, Deeks J, Delaney B, Innes M, Forman D. Pharmacological interventions for non-ulcer dyspepsia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(1):CD001960. Review. Update in: *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;(4):CD001960. PubMed PMID: 12535421

2. Gisbert J, Calvet X, Ferrándiz J, Mascort J, Alonso-Coello P, Marzo M. Guía de práctica clínica sobre el manejo del paciente con dispepsia. Actualización 2012. *Gastroenterol Hepatol.* 2012;35(10):725.e1-725.e38.
3. Haastrup P1, Paulsen MS2, Begtrup LM2, Hansen JM3, Jarbøl DE2. Strategies for discontinuation of proton pump inhibitors: A systematic review. *Fam Pract.* 2014 Dec;31(6):625-30.
4. Lødrup AB1, Reimer C, Bytzer P. Systematic review: Symptoms of rebound acid hypersecretion following proton pump inhibitor treatment. *Scand J Gastroenterol.* 2013 May;48(5):515-22.
5. Bang CS1, Kim JH, Baik GH, Kim HS, Park SH, et al. Mosapride treatment for functional dyspepsia: A meta-analysis. *J Gastroenterol Hepatol.* 2015 Jan;30(1):28-42.
6. Huang X1, Lv B, Zhang S, Fan YH, Meng LN. Itopride therapy for functional dyspepsia: A meta-analysis. *World J Gastroenterol.* 2012 Dec 28;18(48):7371-7.
7. Xiao G, Xie X, Fan J, Deng J, Tan S, Zhu Y, Guo Q, Wan C. Efficacy and safety of acotiamide for the treatment of functional dyspepsia: Systematic review and meta-analysis. *Sci W J.* 2014;2014:541950.
8. Braak B1, Klooker TK, Wouters MM, Lei A, van den Wijngaard RM, Boeckstaens GE. Randomized clinical trial: The effects of amitriptyline on drinking capacity and symptoms in patients with functional dyspepsia, a double-blind placebo-controlled study. *Aliment Pharmacol Ther.* 2011 Sep;34(6):638-48.
9. Bouras EP1, Talley NJ, Camilleri M, Burton DD, Heckman MG, Crook JE, Richelson E. Effects of amitriptyline on gastric sensorimotor function and postprandial symptoms in healthy individuals: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Am J Gastroenterol.* 2008 Aug;103(8):2043-50.
10. Hashah JG1, Abdul-Baki H, Azar C, Elhadj II, El Zahabi L, Chaar HF, Sharara AI. Clinical trial: A randomized controlled cross-over study of flupentixol + melitracen in functional dyspepsia. *Aliment Pharmacol Ther.* 2008 Jun 1;27(11):1148-55.
11. Hojo M1, Miwa H, Yokoyama T, Ohkusa T, Nagahara A, Kawabe M, Asaoka D, Izumi Y, Sato N. Treatment of functional dyspepsia with antianxiety or antidepressive agents: Systematic review. *J Gastroenterol.* 2005 Nov;40(11):1036-42.
12. Talley NJ, Locke GR, Saito YA, Almazar AE, Bouras EP, et al. Effect of Amitriptyline and Escitalopram on Functional Dyspepsia: A Multicenter, Randomized Controlled Study. *Gastroenterology.* 2015 Aug;149(2):340-349.e2.
13. Van Kerkhoven LA1, Laheij RJ, Aparicio N, De Boer WA, Van den Hazel S, Tan AC, Witteman BJ, Jansen JB. Effect of the antidepressant venlafaxine in functional dyspepsia: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2008 Jul;6(7):746-52.

Sección tratamiento

Cuarta pregunta

CUARTA PREGUNTA: ¿CUÁL ES LA SEGURIDAD Y EFICACIA DE LA TERAPIA NO FARMACOLÓGICA EN DISPEPSIA FUNCIONAL?

Introducción

Los pacientes con dispepsia funcional frecuentemente recurren a alternativas farmacológicas para la reducción de sus síntomas; sin embargo, no es clara la eficacia y seguridad de dichas intervenciones.

Evidencia

Acupuntura y electroacupuntura

Una revisión sistemática Cochrane (AMSTAR 7/11) (1) evaluó la eficacia y seguridad de la acupuntura y electroacupuntura en el tratamiento de DF. Se incluyeron pacientes diagnosticados con los criterios de Roma II o III y se comparó la intervención con medicamentos, control objetivo o imitación de acupuntura; por esta razón, se incluyeron 7 estudios con 542 participantes chinos entre 18 y 70 años con síntomas entre 6 a 480 meses. Los estudios incluidos tenían un riesgo no claro de sesgo por inadecuada descripción del enmascaramiento y otros tenían alto riesgo de sesgo porque no se realizó cegamiento de acuerdo con la herramienta de Cochrane.

Estudios que compararon acupuntura o electroacupuntura con otros medicamentos (domperidona, itoprida, cisaprida) en 358 pacientes no mostraron efectividad en reducir la frecuencia de los síntomas de dispepsia funcional (RR 1,02; IC 95% 0,91-1,16). La acupuntura manual presentó menos eventos adversos comparada con cisaprida (RR 0,21; IC 95% 0,07-0,69), las comparaciones con otros medicamentos no presentaron diferencias en EA. No se

reportaron desenlaces de calidad de vida, satisfacción de los pacientes o recurrencia de los síntomas 6 meses después del tratamiento.

La calidad global fue baja o muy baja por el riesgo de sesgo de los estudios y la alta imprecisión (1).

Recomendación	No.	Resumen
Débil a favor		No se recomienda el uso de acupuntura para el tratamiento de DF. Calidad de evidencia muy baja ⊕○○○

Intervenciones psicológicas

Una revisión sistemática Cochrane (2) (AMSTAR 7/11) evaluó la eficacia de las intervenciones psicológicas (psicoterapia, psicodrama, terapia del comportamiento cognitivo, terapia de relajación e hipnosis) para el mejoramiento de los síntomas globales o individuales de dispepsia y la calidad de vida en pacientes con dispepsia funcional; se realizaron mediciones a las 12 semanas (68 participantes) y a las 52 semanas (58 participantes).

Se incluyeron 4 ECA con alto riesgo de sesgo, de acuerdo con la herramienta de Cochrane, debido a la dificultad de enmascarar la intervención, el bajo reporte del método de aleatorización y de enmascaramiento de la medición de desenlaces, y la alta tasa de pérdidas. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos con respecto de la calidad de vida. Se reportó alta heterogeneidad, por lo que no fue posible realizar un metaanálisis. Los estudios individuales registran un efecto de mejoría de los síntomas en los pacientes con intervenciones psicológicas, pero debido a la muy baja calidad de los estudios, estos hallazgos deben considerarse con precaución. La calidad general es muy baja por el alto riesgo de sesgo de los estudios, la imprecisión y la inconsistencia.

Recomendación	No.	Resumen
Débil a favor		Se sugieren intervenciones psicológicas cuando todas las otras alternativas terapéuticas no funcionen. Calidad de evidencia muy baja ⊕○○○

Medicina herbal

Una revisión sistemática de la literatura (AMSTAR 7/11) evaluó la eficacia del banxiaxixin tang con la medicina occidental en pacientes con dispepsia funcional. Se incluyeron 10 ensayos clínicos controlados aleatorizados desarrollados en China, para un total de 972 pacientes (rango de 60 a 168 pacientes). Se comparó banxiaxixin tang *versus* omeprazol + domperidona, banxiaxixin tang *versus* domperidona, y banxiaxixin tang *versus* mosaprida; se realizó seguimiento de 2 a 4 semanas. Los resultados comparaban motilina, electrogastrograma y tasa de vaciamiento gástrico. Tres de los 10 estudios reportaron metodología de aleatorización, pero ninguno de los artículos reportó si usó cegamiento o pérdidas de pacientes.

Las tasas curativas del banxiaxixin tang comparado con la medicina tradicional fueron mayores (OR 2,75; IC 95% 1,86-4,07), y las reacciones adversas tales como síntomas gastrointestinales y cefalea se reportaron en el grupo de control de 2 estudios. La calidad de la evidencia fue baja por limitaciones en el riesgo de sesgos de los estudios incluidos (3).

El objetivo de una revisión sistemática (4) (AMSTAR 8/11) fue evaluar el efecto y seguridad del polvo chaihu shugan modificado para tratar la dispepsia funcional; se incluyeron estudios con pacientes diagnosticados con DF según el consenso de Roma II/III o diagnóstico estándar de DF según la medicina tradicional China. Se incluyeron 22 ECA con 1939 pacientes con dispepsia funcional y se comparó el polvo chaihu shugan modificado con o sin procinético como infusión por vía oral *versus* el medicamento procinético; el seguimiento se realizó entre 3 a 12 semanas.

Solo 3 ensayos clínicos controlados reportaron aleatorización, no describen ocultamiento, cegamiento, ni notifican abandonos o análisis por intención a tratar.

El análisis de 13 ECA mostró la efectividad del polvo chaihu shugan modificado *versus* el medicamento procinético (n= 1112) en la mejoría de síntomas de dispepsia funcional (RR 1,20; IC 95% 1,13-1,27); además, 9 ECA mostraron efecto del polvo chaihu shugan modificado más medicamento procinético *versus* medicamento procinético en la mejoría de los síntomas de dispepsia funcional (RR 1,18; IC 95% 1,11-1,25). No se reportó la incidencia de reacciones adversas de los 22 ensayos. La calidad de la evidencia fue muy baja por limitaciones en el riesgo de sesgos e inconsistencia (4).

Recomendación	No.	Resumen
Fuerte en contra		No se recomienda medicina tradicional china para el tratamiento de pacientes con DF. Calidad de evidencia muy baja ⊕○○○

REFERENCIAS

1. Lan L, Zeng F, Liu GJ, Ying L, Wu X, Liu M, Liang FR. Acupuncture for functional dyspepsia. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Oct 13;10:CD008487.
2. Soo S, Moayyedi P, Deeks J, Delaney B, Lewis M, Forman D. Psychological interventions for non-ulcer dyspepsia. Cochrane Database Syst Rev. 2005 Apr 18;(2):CD002301.
3. Gan Y, Liu H, Yang L, Yang K. Effect of banxiaxixin tang on treatment of functional dyspepsia: A meta-analysis of randomized controlled trials. J Tradit Chin Med. 2014 Apr;34(2):140-4.
4. Yang M, Li X, Liu S, Li Z, Xue M, Gao D, Li X1, Yang S. Meta-analysis of acupuncture for relieving non-organic dyspeptic symptoms suggestive of diabetic gastroparesis. BMC Complement Altern Med. 2013 Nov 9;13:311.

Sección tratamiento

Quinta pregunta

QUINTA PREGUNTA: ¿CUÁNDO DEBE TRATARSE LA ERRADICACIÓN DE *HELICOBACTER PYLORI* EN PACIENTES CON DISPEPSIA?

Introducción

Se registra una prevalencia de *H. pylori* en pacientes con dispepsia funcional entre el 40% al 70%; debido a que este microorganismo produce inflamación crónica, ha sido propuesto como uno de los factores causales de DF (1).

Evidencia

Una revisión sistemática (2) (AMSTAR 7/11) evaluó los efectos a largo plazo de la erradicación de *H. pylori*. Se incluyeron 14 ECC de Europa, Asia del este, Oceanía, Norteamérica y Suramérica con las siguientes características: medición de los síntomas dispépticos con la escala global de síntomas, detección de la presencia de *H. pylori* con la prueba de aliento de urea, calidad mayor de 3 en la escala de Jadad y seguimiento de 12 meses; asimismo, se identificaron los siguientes esquemas para la erradicación de *H. pylori*: terapia triple con inhibidor de bomba de protones como omeprazol o lansoprazol y 2 agentes antimicrobianos como claritromicina y amoxicilina. También se encontraron regímenes con ranitidina, metronidazol y tinidazol. La comparación se hizo con placebo y procinéticos solos.

El análisis de los 2993 pacientes mostró que aquellos que recibieron terapia de erradicación presentaron una mayor probabilidad de mejoría de los síntomas de dispepsia comparado con el grupo de control (OR 1,38; IC 95% 1,18-1,62). En el análisis por subgrupos, los pacientes de las Américas mostraron una mejoría mayor (OR 1,43; IC

95% 1,12-1,83; 1238 pacientes). La RS no identificó desenlaces de calidad de vida o eventos adversos, además, tiene algunas deficiencias metodológicas con respecto de la inclusión de estudios en otros lenguajes y solo con calidad moderada o alta. No se describen las características básicas de los pacientes.

Una revisión sistemática sobre el manejo del paciente con dispepsia desarrollada para la GPC de la Asociación Española de Gastroenterología (2012) (AMSTAR 9/11) identificó 8 metaanálisis con resultados contradictorios debido a la calidad y el tipo de estudios incluidos. Se menciona la única RS Cochrane, desarrollada en el 2002 y actualizada en el 2011, que incluyó 12 ECA y 2093 pacientes, y que muestra una mejoría en los síntomas de dispepsia después de la erradicación de *H. pylori* comparada con placebo (RR 0,91; IC 95% 0,86-0,95). Se llega a la conclusión que los criterios de Roma III para el diagnóstico de dispepsia funcional requieren la exclusión de causas orgánicas, entre las que se especifica la infección por *H. pylori*, por lo tanto, el diagnóstico de DF debería descartar primero la presencia de *H. pylori*, si está presente erradicarla y revisar que los síntomas no persistan (3).

Recomendación	No.	Resumen
Fuerte a favor		Se recomienda la erradicación de <i>H. pylori</i> en pacientes con dispepsia. Calidad de evidencia moderada ⊕⊕⊕○

REFERENCIAS

- Kim SE, Park YS, Kim N, Kim MS, Jo HJ, Shin CM, Lee SH, Hwang JH, Kim JW, Jeong SH, Lee DH, Jung HC. Effect of *Helicobacter pylori* Eradication on Functional Dyspepsia. *J Neurogastroenterol Motil.* 2013;19(2):233-43.

2. Zhao B, Zhao J, Cheng WF, Shi WJ, Liu W, Pan XL, Zhang GX. Efficacy of *Helicobacter pylori* eradication therapy on functional dyspepsia: A meta-analysis of randomized controlled studies with 12-month follow-up. J Clin Gastroenterol. 2014 Mar; 48(3):241-7.
3. Gisbert J, Calvet X, Ferrándiz J, Mascort J, Alonso-Coello P, Marzo M. Guía de práctica clínica sobre el manejo del paciente con dispepsia. Actualización 2012. Gastroenterol Hepatol. 2012;35(10):725.e1-725.e38.

Sección tratamiento

Sexta pregunta

SEXTA PREGUNTA: ¿EN QUÉ MOMENTO SE RECOMIENDA LA REMISIÓN AL ESPECIALISTA?

Introducción

La mayoría de los pacientes con dispepsia funcional son tratados en cuidado primario con éxito; sin embargo, existen casos especiales donde los pacientes fallan en el tratamiento y deben ser remitidos a especialista.

Recomendación	No.	Resumen
Fuerte a favor		Se recomienda remitir al paciente con DF al especialista en los siguientes casos: Pacientes con dispepsia funcional que no responden al tratamiento instaurado Pacientes con <i>H. pylori</i> y síntomas de dispepsia que no responden a la primera línea de tratamiento Pacientes que requieran estudio diagnóstico específico, mayores de 35 años o con presencia de síntomas de alarma. Calidad de evidencia muy baja ⊕○○○
Punto de buena práctica		Los entes gubernamentales y aseguradores deben garantizar el acceso oportuno al especialista

