

# **Criterios Técnicos y Recomendaciones Basadas en Evidencia para la Construcción de Guías de Práctica Clínica**

**DOCUMENTO PARA DISCUSIÓN CON EXPERTOS LOCALES  
DE ACUERDO AL PLAN GENERAL PARA GUÍAS CLÍNICAS  
DE TRATAMIENTO “PLAN GENERAL”**

## **Tratamiento de Dispepsia y Úlcera Péptica**

**Dirección de Medicamentos  
y Terapéutica**



**Departamento de  
Farmacoepidemiología**

**10**

**Terapéutica Clínica  
/Asesoría Terapéutica**

**2005**



**Criterios Técnicos y Recomendaciones Basadas en Evidencia para la Construcción de Guías de Práctica Clínica para el Primer y Segundo Nivel de Atención**

Fecha: Agosto, 2005

Este documento contiene la versión completa y una versión de bolsillo. Podrá estar disponible en el portal en Internet <http://www.ccss.sa.cr/>, así mismo las diferentes unidades podrán retirar copias impresas en las oficinas del Departamento de Farmacoepidemiología, Caja Costarricense de Seguro Social.

Se distribuirán copias impresas en las Áreas de Salud del país.

**Objetivo y Búsqueda Sistemática**

**Estos criterios técnicos y recomendaciones tienen como objetivo presentar intervenciones basadas en la evidencia actual para fortalecer la efectividad de los tratamientos, apoyar los estándares de la calidad de la atención de la salud, propiciar la integración terapéutica de programas especiales y promover el uso eficiente y racional de los recursos.**

**Estrategia de Búsqueda:** Ver Plan General para la Construcción de Guías Clínicas de Tratamiento (revista fármacos 2003, 16 (1-2)pg 31-88.

Se desarrolló una estrategia de búsqueda sistematizada para bases de datos especializadas en Guías Clínicas Basadas en Evidencia, que se adaptaron al contexto mediante un proceso sistemático de recolección y discusión con grupos multidisciplinarios y la evidencia existente en la Biblioteca Cochrane Plus.

**Caja Costarricense de Seguro Social  
Gerencia de División Médica  
Dirección de Medicamentos y Terapéutica**

**Departamento de  
Farmacoepidemiología**

Terapéutica Clínica/ Asesoría Terapéutica

**Este documento se escribió en el siguiente contexto:**

Con base en la evidencia científica existente, este documento busca estar en concordancia con la Política Institucional de Medicamentos. Se espera que los profesionales de la salud lo evalúen en el contexto cuando hagan ejercicio de su juicio clínico y emitan sus criterios. Sin embargo, no se pretende disminuir las responsabilidades de los profesionales de la salud al tomar decisiones apropiadas bajo las circunstancias individuales de los pacientes, en conjunto con el paciente y/o su representante legal.

*Deberá permitirse la reproducción gratuita de este material con fines educativos y sin fines de lucro siempre y cuando se respete la propiedad intelectual del documento. No se permitirá la reproducción comercial del producto sin la autorización de la CCSS y el Departamento de Farmacoepidemiología.*

**Grupo de Desarrollo:**

Dr. Arturo Salazar Quirós                      Terapéutica Clínica/ Asesoría Terapéutica.  
Dr. Maximiliano Moreira Accame\*      Departamento de Farmacoepidemiología.

El insumo fundamental de este documento fue desarrollado en el Departamento de Farmacoepidemiología (antes Dpto. Farmacoterapia) por medio del Proyecto de Asistencia Técnica para la Elaboración de Guías Clínicas de Tratamiento. El borrador completo fue sometido a discusión por los miembros de: grupo de desarrollo, consejo editorial y en consulta a expertos nacionales.

\*A partir de 07/04 en el Programa de Estudios de Posgrado/Residencia en Emergencias.

**Consejo Editorial:**

Dr. Albin Chaves Matamoros              Director  
Dirección de Medicamentos y Terapéutica  
Dra. Zahira Tinoco Mora                      Jefe  
Departamento de Farmacoepidemiología  
Dra. Desirée Sáenz Campos              Departamento de Farmacoepidemiología.  
MSc. Gilda Granados Gabelman      Departamento de Farmacoepidemiología.

**Revisores especialistas:**

I parte: Presentación y Discusión. (15/5/05) *DF-757-764, 773-775.*

II parte: Circulación: Este documento está en revisión por especialistas y se presenta para revisión abierta, las observaciones al mismo tiempo se harán utilizando los formularios que se adjuntan al final, de acuerdo con el *Plan General para la Construcción de Guías Clínicas de Tratamiento (revista fármacos 2003, 16 (1-2): 31-88).*

**Revisión y Actualización:**

Se espera revisar el contenido de esta guía periódicamente y en su totalidad en un plazo no mayor de 4 años desde la fecha de publicación de la misma. La revisión y actualización de la guía puede suceder antes de ese plazo, si aparece evidencia importante que afecta al contenido y sus recomendaciones.

**Declaración de intereses:**

Tanto el Grupo de Desarrollo como el Consejo Editorial declaran que no poseen conflicto de interés.

Todos los miembros del grupo de revisores especialistas y los que participen en la revisión abierta completarán una declaración de intereses, según los formularios oficiales, de acuerdo con el *Plan General para la Construcción de Guías Clínicas de Tratamiento (revista fármacos 2003, 16 (1-2): 31-88).*

## Contenido

### Resumen y Puntos Clave.

#### 1. Definiciones

- 1.1. Dispepsia. 1
- 1.2. La necesidad de la Guía. 3

#### 2. Dispepsia en la Comunidad

- 2.1. Presentación en la Práctica General. 4
- 2.2. Factores de riesgo para la úlcera péptica. 5
- 2.3. Factores de riesgo para el cáncer. 6

#### 3. Abordaje inicial al paciente con síntomas dispépticos.

- 3.1. Historia Clínica y Síntomas dispépticos. 6
- 3.2. Signos - Síntomas de Alarma y Riesgo de Cáncer. 8

#### 4. Cuestionarios y Escalas de Puntuación. 10

#### 5. Manejo de la Dispepsia no investigada.

- 5.1. Pacientes menores de 40 años para Costa Rica. 12
- 5.2. Pacientes mayores de 40 años para Costa Rica. 17

#### 6. Manejo de la Dispepsia Funcional.

- 6.1. Introducción. 18
- 6.2. Factores de riesgo para la dispepsia funcional. 19
- 6.3. Recomendaciones sobre el estilo de vida. 19
- 6.4. Tratamientos Psicológicos. 20
- 6.5. Tratamientos Farmacológicos. 20
- 6.6. Informar al Paciente. 25
- 6.7. Pronóstico de la Dispepsia Funcional. 26

#### 7. Pruebas de Detección del *Helicobacter pylori*.

- 7.1. Escogiendo un método diagnóstico adecuado. 26

#### 8. Úlcera Péptica.

- 8.1. Erradicación del *Helicobacter pylori* en la úlcera péptica. 28

## 9. Implementación y Análisis de Desempeño.

9.1. Implementación local.	29
9.2. Puntos clave de Análisis de Desempeño.	29

## 10. Información para el uso Racional de los Medicamentos. 30

<b>Anexo A: Niveles de Evidencia y Grados de Recomendación.</b>	<b>35</b>
---	-----------

<b>Anexo B: Detalles Técnicos sobre la Terapia de Erradicación del Helicobacter pylori.</b>	<b>41</b>
---	-----------

<b>Anexo C: Algoritmos.</b>	<b>42</b>
-----------------------------	-----------

<b>Anexo D: Evidencia encontrada por la Búsqueda Sistemática.</b>	<b>45</b>
---	-----------

### Sobre los Grados de Recomendación

Grados de Recomendación:



Los grados de recomendación son la representación gráfica del consenso al cual han llegado los expertos sobre el nivel de evidencia científica que existe a favor o en contra de una intervención o un tratamiento para una condición clínica específica. Un Grado de Recomendación **D**, le indica al profesional que existe consenso de expertos para que prescriba el tratamiento a pesar de que no se ha encontrado evidencia adecuada por parte de estudios clínicos. Para mayor información ver el Anexo B.

Indica un Consejo de Buena Práctica Clínica sobre el cual el grupo acuerda.

## Introducción

### Dispepsia

Dispepsia se refiere a dolor o molestia en la parte central del abdomen superior.

“Central” se refiere al dolor o molestia alrededor del epigastrio. El dolor en el hipocondrio derecho o izquierdo no es comprendido en la definición de dispepsia. Una “molestia” se refiere a la sensación subjetiva que el paciente no puede interpretar estrictamente como dolor, que puede ser caracterizada por una asociación de plenitud abdominal, saciedad temprana, distensión, eructos, náusea, arcadas y/o vómitos en al menos un 25% de los días, durante las últimas 4 semanas.

### Presentación en la Práctica General.

El médico general que se enfrenta a la queja de “indigestión” de su paciente, debe considerar todas las posibilidades, incluyendo el esófago, estómago, hígado, vesícula biliar, páncreas, intestino, AINES y otros medicamentos.

Los signos de alarma como **disfagia, evidencia de sangrado gastrointestinal, vómito persistente, pérdida de peso inexplicable o una masa abdominal superior** deben ser todos identificados con prontitud. Los pacientes con estos hallazgos ameritan una referencia pronta a un centro especializado.

Una clasificación útil para el manejo clínico es la que viene definida según el momento en que se presente el paciente. En esta clasificación hablaremos de:

**Dispepsia no investigada:** corresponde a todos aquellos pacientes que presentan por primera vez síntomas dispépticos y aquellos con síntomas recurrentes y que no se les ha realizado una endoscopia y no existe un diagnóstico concreto.

**Dispepsia Orgánica:** Cuando se han identificado causas orgánicas que explican los síntomas de la dispepsia. Una úlcera péptica no es la única causa orgánica de dispepsia, por lo que se debe evitar el utilizar dispepsia ulcerosa como sinónimo de dispepsia orgánica.

**Dispepsia funcional:** Cuando no se ha logrado identificar ninguna causa orgánica o proceso que justifique la sintomatología a pesar de los estudios correspondientes (incluyendo la endoscopia). No debe utilizarse el término dispepsia no ulcerosa como un sinónimo, por las mismas razones ya explicadas.

Considere el diagnóstico de reflujo gastro-esofágico si su paciente refiere ardor retro-esternal y regurgitación ácida. El término dispepsia tipo reflujo no se recomienda.

D

La infección por H. pylori, los AINES y el tabaco son factores de riesgo para la úlcera péptica.

A

La infección por H. pylori es un factor de riesgo para los procesos pre-cancerosos de adenocarcinoma gástrico y linfoma tipo MALT.

A

No se recomienda utilizar la impresión clínica de los síntomas para realizar el diagnóstico de la causa de la dispepsia.

B

La clasificación de la dispepsia en subgrupos (ulcerosa, dismótil y no específica) ha mostrado ser de utilidad limitada.

B

Refiera a sus pacientes con dispepsia y signos de alarma a un centro especializado para ser estudiados.

B

No se ha encontrado evidencia de estudios controlados que apoye algún corte de edad para investigar de rutina con endoscopia a todo paciente que presenta una dispepsia no complicada por primera vez.

B

Valore el riesgo de cáncer y la necesidad de endoscopia en los pacientes con dispepsia de forma individual.

D

Refiera para realizar endoscopia a todos aquellos pacientes  $\geq 40$  años que presentan dispepsia por primera vez.

Refiera a sus pacientes con signos de alarma para realizarse una endoscopia como la primera opción de estudio.

C

Los estudios con Bario representan una opción apropiada si no se dispone del servicio de endoscopia de manera local o el paciente no puede tolerarla el estudio endoscópico.

D

### Manejo de la Dispepsia Funcional

El diagnóstico clínico de dispepsia funcional parece ser apropiado para la mayoría de los pacientes con dispepsia sin signos de alarma, menores de 40 años y en los cuales las evaluaciones iniciales son negativas. Exámenes repetidos y más invasivos en busca de una causa orgánica para los síntomas es banal e improductivo.

D

Los factores psicológicos son factores de riesgo para la dispepsia funcional.

B

Guía de Bolsillo de Tratamiento de Dispepsia y Úlcera Péptica  
en el Primer y Segundo Nivel de Atención.

No se ha mostrado una asociación clara entre la infección por H. pylori y la dispepsia funcional.

B

No se ha identificado suficiente evidencia que respalde una recomendación dietética y de estilos de vida en el manejo de la dispepsia funcional.

Recomiende la cesación del fumado y excluir o disminuir la cantidad de alcohol y cafeína, de acuerdo con lo que es considerado un patrón saludable de alimentación.

D

Recomiende a sus pacientes el seguir una dieta balanceada para minimizar las deficiencias nutricionales en especial en los casos que han adoptado medidas dietéticas extremas.

No todos los pacientes necesitan tratamiento para la dispepsia funcional. Cuando se decide iniciar tratamiento, debe ser por periodos cortos de tiempo, intermitentemente si es necesario. Lo cual es más apropiado que una terapia de larga duración.

D

Considere una prueba terapéutica (4-12 semanas) con terapia de supresión ácida en sus pacientes con dispepsia funcional.

B

En vista de los problemas de los estudios sobre procinéticos, a pesar de que pueden tener un efecto beneficioso, la magnitud de su valor terapéutico en la dispepsia funcional es incierto.

B

Prescriba procinéticos como un tratamiento de segunda línea para la dispepsia.

B

Refiera a su paciente dispéptico sin signos de alarma y persistente (más de 8 semanas) a pesar de un adecuado tratamiento, a un centro especializado para estudiar por infección con H. pylori.

D

Considere el tratamiento para erradicar el H. pylori en aquellos pacientes dispépticos funcionales persistentes y refractarios a otros tratamientos.

B

Esta Guía está Basada en Evidencia y adaptada a las condiciones específicas de la Atención de la Salud en Costa Rica por un equipo multidisciplinario. El esquema utilizado se describe en la Guía GCT 0.

# 1

## Definiciones

### 1.1 Dispepsia

El término dispepsia ha sido utilizado inconsistentemente por los profesionales de salud para describir diferentes tipos de molestias gastrointestinales. La consecuente ausencia de comparabilidad entre los estudios publicados constituye una barrera para resolver la incertidumbre clínica acerca de las mejores prácticas clínicas para abordar y tratar a nuestros pacientes. Es por esto que la claridad en las definiciones es esencial para formular y mantener actualizada una guía clínica de tratamiento en esta práctica clínica. Dispepsia comprende síntomas y no una enfermedad en si misma.

El grupo de desarrollo acepta la definición de Roma II: Dispepsia se refiere a dolor o molestia en la parte central del abdomen superior.

“Central” se refiere al dolor o molestia alrededor del epigastrio. El dolor en el hipocondrio derecho o izquierdo no es comprendido en la definición de dispepsia. Una “molestia” se refiere a la sensación subjetiva que el paciente no puede interpretar estrictamente como dolor, que puede ser caracterizada por una asociación de plenitud abdominal, saciedad temprana, distensión, eructos, náusea, arcadas y/o vómitos.

Aunque la duración de los síntomas no está especificada, algunos autores consideran, a efectos prácticos, que los síntomas hayan ocurrido en al menos un 25% de los días, durante las últimas 4 semanas.

Al abordar al paciente, una enfermedad orgánica (ej. Úlcera duodenal o gástrica) probablemente puede explicar la dispepsia encontrada en algunos pacientes. En otros pacientes no podremos encontrar tal enfermedad orgánica o patología, estos pacientes son usualmente denominados como portadores de una dispepsia funcional. El antiguo sinónimo de “dispepsia no ulcerosa”, aunque todavía utilizado ampliamente, no se recomienda ya que muchos pacientes presentan síntomas típicos de enfermedad ulcerosa mientras otros presentan síntomas totalmente diferentes. Además, la úlcera péptica no es la única patología orgánica que debe ser excluida antes de realizar el diagnóstico de dispepsia funcional.

Los pacientes con dispepsia funcional que presentan dolor como su síntoma principal pueden ser denominados como portadores de una dispepsia tipo ulcerosa mientras que los pacientes con “molestias” como su principal síntoma pueden ser definidos como portadores de una dispepsia tipo dismótil.

### **1.1.1 Ardor de Pecho, Dispepsia y Reflujo Gastro-Esofágico (RGE).**

Generalmente existe confusión al considerar el ardor de pecho, la dispepsia y el reflujo gastro-esofágico (RGE). El primer paso para minimizar esta confusión es el de reconocer que el ardor de pecho y la dispepsia describen síntomas parecidos y el reflujo gastro-esofágico es un término colectivo que comprende todas las enfermedades causadas por el reflujo en si mismo.

Un ardor retro-esternal, el síntoma clásico del RGE, no se incluye en la definición de Roma II como dispepsia, ya que no es un síntoma abdominal superior. El diagnóstico de RGE puede ser realizado con confianza por los pacientes que describen un ardor retroesternal y/o una regurgitación ácida como los principales síntomas. El diagnóstico es menos seguro cuando los síntomas e refieren a un dolor o molestia centrada en el abdomen superior, acompañado por ardor como un síntoma secundario, de esta manera es recomendable que se le de énfasis al síntoma principal o predominante para realizar el diagnóstico.

No todos los pacientes con RGE presentan un ardor retroesternal clásico. La minoría de los pacientes describen un dolor abdominal superior o molestia como sus síntomas principales; otros describen presentaciones atípicas como asma y dolor de pecho no cardíaco.

Poder distinguir una dispepsia del ardor retro-esternal potencialmente permite añadir una significancia diagnóstica al síntoma.

**Considere el diagnóstico de reflujo gastro-esofágico si su paciente refiere ardor retro-esternal y regurgitación ácida. El término dispepsia tipo reflujo no se recomienda.**

**D**

### 1.1.2 Cáncer Gástrico y Cáncer de esófago

Una minoría de los pacientes con dispepsia tendrán una patología orgánica mayor, ej. Cáncer de esófago o gástrico. Esta guía hace énfasis en los signos de alarma que permiten identificar a estos pacientes para su pronto referencia a centros especializados.

## 1.2 La necesidad de la Guía.

La necesidad de una guía en el tratamiento de la dispepsia y la úlcera péptica se ha hecho evidente al observar las diferencias en el manejo de estas patologías en nuestro sistema nacional de salud, así mismo la necesidad de disminuir la morbilidad producida por una patología tan común.

Esta guía provee recomendaciones basadas en evidencia actual sobre las mejores prácticas en el manejo de la dispepsia del adulto, pero no comprende específicamente el manejo de:

- El diagnóstico del reflujo gastro-esofágico (ver guía de reflujo gastro-esofágico).
- Diagnóstico de úlceras gástrica y duodenal.
- Dispepsia asociada con el uso de AINES.

## 2 Dispepsia en la Comunidad

Los pacientes con dispepsia pueden escoger diferentes vías de manejo inicial de sus síntomas. Algunas personas compran antiácidos o inhibidores de los receptores H<sub>2</sub> en los supermercados, algunos otros consultan las farmacias más cercanas y otros consultan al EBAIS o Clínicas.

### 2.1 Presentación en la Práctica General.

El médico general que se enfrenta a la queja de “indigestión” de su paciente y debe considerar todas las posibilidades, incluyendo el esófago, estómago, hígado, vesícula biliar, páncreas, intestino, AINES y otros medicamentos.

Los signos de alarma como **disfagia, evidencia de sangrado gastrointestinal, vómito persistente, pérdida de peso inexplicable o una masa abdominal superior** deben ser todos identificados con prontitud. Los pacientes con estos hallazgos ameritan una referencia pronta a un centro especializado. La estrategia de manejo de la dispepsia no complicada que recomienda esta guía debe ser utilizada únicamente si se considera que el paciente no presenta otra patología duodenal o estomacal y estos signos de alarma no están presentes. Nuevamente, esta guía no se refiere a la dispepsia originada por AINES.

Una clasificación útil para el manejo clínico es la que viene definida según el momento en que se presente el paciente. En esta clasificación hablaremos de:

**Dispepsia no investigada:** corresponde a todos aquellos pacientes que presentan por primera vez síntomas dispépticos y aquellos con síntomas recurrentes y que no se les ha realizado una endoscopia y no existe un diagnóstico concreto.

**Dispepsia Orgánica:** Cuando se han identificado causas orgánicas que explican los síntomas de la dispepsia. Una úlcera péptica no es la única causa orgánica de dispepsia, por lo que se debe evitar el utilizar dispepsia ulcerosa como sinónimo de dispepsia orgánica.

**Dispepsia funcional:** Cuando no se ha logrado identificar ninguna causa orgánica o proceso que justifique la sintomatología a pesar de los estudios correspondientes (incluyendo la endoscopia). No debe utilizarse el término dispepsia no ulcerosa como un sinónimo, por las mismas razones ya explicadas.

## Cuadro 1: Causas de Dispepsia Orgánica

### Causas Gastrointestinales más comunes

Úlcera péptica (úlceras gástrica, úlcera duodenal)

Diversos medicamentos: AINES, hierro, digoxina, teofilina, bloqueadores de los canales de calcio, eritromicina, potasio, etc.

### Causas gastrointestinales poco comunes

Cáncer gástrico

Colelitiasis

Pacientes diabéticos con gastroparesia y/o dismotilidad gástrica

Isquemia mesentérica crónica

Pancreatitis crónica

Cáncer de páncreas

Cirugía gástrica

Patología del tracto digestivo inferior (p. ej., cáncer de colon)

Obstrucción parcial del intestino delgado

Enfermedades infiltrativas del estómago o del intestino grueso (enfermedad de Crohn, gastritis eosinofílica,

sarcoidosis)

Enfermedad celíaca

Cáncer de hígado

### Causas no gastrointestinales poco comunes

Trastornos metabólicos (uremia, hipocalcemia, hipotiroidismo)

Síndromes de la pared abdominal

Tomado de Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre dispepsia. Manejo del paciente con dispepsia. Guía de práctica clínica. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2003. Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica en Enfermedades Digestivas, desde la Atención Primaria a la Especializada: 3.

## 2.2 Factores de riesgo para la úlcera péptica.

1a

Una revisión sistemática logró demostrar una asociación entre la infección por *H. pylori*, el tabaco, y los AINES como factores de mayor riesgo de úlcera péptica.

La asociación de la infección por *H. pylori* y la úlcera péptica se ha comprobado. En estudios iniciales, el *H. pylori* fue identificado en el 95% de las úlceras duodenales y en el 80% de las úlceras gástricas, actualmente estos porcentajes son menores. Las condiciones de vida desfavorables han mostrado una asociación con una mayor prevalencia de infección por *H. pylori*.

2b

La edad, el sexo, la historia personal o familiar de úlcera péptica, trastornos emocionales y utilización crónica de aspirina (incluso a dosis bajas) entre otros, se han asociado con la prevalencia de úlcera péptica y sus complicaciones.

El antecedente de úlcera péptica aumenta la probabilidad de que un nuevo episodio se encuentre asociado con una úlcera recurrente.

**La infección por *H. pylori*, los AINES y el tabaco son factores de riesgo para la úlcera péptica.**

A

## 2.3 Factores de riesgo para el cáncer.

1a

En 1994, la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) clasificó al *H. pylori* como un carcinógeno tipo I (definitivo). Se ha asociado la infección por el *H. pylori* a los procesos precancerosos del adenocarcinoma gástrico y al linfoma tipo MALT (tejido linfoide asociado a la mucosa). Claro está que estas patologías son procesos multifactoriales que también incluyen la ingesta de sal y nitratos entre otros.

**La infección por *H. pylori* es un factor de riesgo para los procesos precancerosos de adenocarcinoma gástrico y linfoma tipo MALT.**

A

# 3

**Abordaje inicial al paciente con síntomas dispépticos.**

## 3.1 Historia Clínica y Síntomas dispépticos.

**La dispepsia se refiere al malestar centrado en el abdomen superior.**

Una historia clínica bien comprendida puede guiarnos en la orientación diagnóstica entre las diferentes causas de la dispepsia. Esta valoración clínica permite sospechar la presencia de patología orgánica. De manera que permita recopilar información sobre las características del dolor, factores dietéticos o de estilo de vida, antecedentes de úlcera péptica, cirugías anteriores, infección por *H. pylori*. Dentro de esta primera valoración cabe recalcar la importancia de identificar los signos de alarma y la edad del paciente.

La validez de los síntomas dispépticos para reflejar la fisiopatología subyacente es limitada. Un diagnóstico clínico puro en pacientes

dispépticos en la atención primaria es poco fiable y la especificidad de los síntomas individuales ha mostrado ser baja. Un diagnóstico clínico de úlcera péptica pasará desapercibido aproximadamente la mitad de los casos de úlcera y un diagnóstico provisional de úlcera será confirmado solo en tercio de los casos. La evaluación de los síntomas no debe ser usado con confianza para realizar el diagnóstico de la causa de la dispepsia.

**No se recomienda utilizar la impresión clínica de los síntomas para realizar el diagnóstico de la causa de la dispepsia.**

**B**

2a

La exploración física como tal presenta un escaso valor diagnóstico en aquellos pacientes dispépticos no complicados. Su valor principal es identificar signos de alarma, ya que su valor predictivo positivo (VPP) para la dispepsia orgánica es de alrededor de un 30%, pero su valor predictivo negativo es de un. Esto nos indica que las probabilidades de detectar tanto una dispepsia funcional como el descartar una dispepsia orgánica es alta (70-75% y 90-95% respectivamente).

La presencia de dolor o molestias en el abdomen superior es acompañado frecuentemente por una combinación de varios síntomas incluyendo distensión, saciedad temprana, dolor retroesternal y náusea o vómito. Es útil definir el síntoma predominante para poder realizar una diferencia entre dispepsia y reflujo gastro-esofágico.

**La clasificación de la dispepsia en subgrupos (ulcerosa, dismótil y no específica) ha mostrado ser de utilidad limitada.**

**B**

La escasa validez y precisión de los signos y síntomas de la dispepsia para diferenciar entre una dispepsia funcional y una dispepsia orgánica ha llevado a desarrollar medidas de resultados más complejas y sistematizadas, como lo son las escalas de puntuación de signos y síntomas. Estas escalas dan un peso a los diferentes síntomas, antecedentes y factores de riesgo, con el objetivo de identificar aquellos pacientes de mayor probabilidad de presentar una patología orgánica.

## 3.2 Signos - Síntomas de Alarma y Riesgo de Cáncer.

3b

Muchas guías recomiendan que los signos de alarma como la **disfagia, el vómito recurrente, pérdida de peso importante, anemia secundaria a sangrado gastrointestinal u masa abdominal superior** sean utilizados como factores pronóstico de patología mayor (ej. úlcera complicada o cáncer de estómago) en los pacientes con dispepsia. En general recomiendan que cualquier paciente con estos signos reciba una mayor exploración. De manera que se debe prestar especial atención a los predictores más significativos como el sexo, la edad y la anemia.

2a

La evidencia sobre estos signos de alarma no permite obtener conclusiones claras. Un estudio multicéntrico con 3815 pacientes con endoscopia por dispepsia, mostró que los factores pronóstico como el sexo masculino,  $\geq 45$  años y anemia son marcadores débiles de patología gastrointestinal mayor. En este estudio tanto la pérdida de peso como la disfagia no mostraron ser predictores significativos. De esta manera se demostró que la edad y los signos de alarma no son efectivos para predecir los hallazgos endoscópicos en los pacientes con dispepsia.

2a

Varios estudios de cohorte han demostrado hasta un 95% de los pacientes más jóvenes (menores de 45 o 55 años, dependiendo del estudio) con cáncer gastrointestinal superior han tenido más de un signo de alarma.

En las poblaciones con dispepsia, los signos de alarma son pobres predictores del cáncer gastrointestinal superior. Sin embargo, en las poblaciones con dispepsia y cáncer gastrointestinal superior, los signos de alarma han estado casi siempre presentes.

**Refiera a sus pacientes con dispepsia y signos de alarma a un centro especializado para ser estudiados.**

**B**

### 3.2.1 Edad y Cáncer Gástrico.

5

En 1998 la Asociación Americana de Gastroenterología y el grupo de trabajo del Congreso Mundial de Gastroenterología recomendó que todos los pacientes mayores de 45 y 50 años respectivamente, que presentan dispepsia no complicada de nueva aparición sean referidos para realizarse un estudio endoscópico. Esta recomendación no está basada en estudios científicos pero surge de la percepción de los profesionales que una investigación no invasiva o la terapia empírica en este grupo de pacientes puede

retardar el diagnóstico de un cáncer gástrico y puede afectar negativamente la sobrevida.

1a

Una revisión sistemática no logró encontrar evidencia que sugiera que un curso de tratamiento empírico, en lugar de endoscopia, afecte negativamente los resultados en pacientes con cáncer gástrico. Algunos pacientes con dispepsia no complicada presentarán también cáncer gástrico, pero no se ha encontrado evidencia que contradiga que la detección de un cáncer gástrico temprano y potencialmente curable que se ha encontrado en la endoscopia al investigar una dispepsia no complicada, no es más que un hallazgo fortuito. A pesar de la creencia de muchos clínicos de que la dispepsia no complicada es un signo de cáncer gástrico, puede que en realidad el cáncer gastrointestinal no sea más prevalente en esta población que en la población asintomática.

1a  
3a

Los datos disponibles hasta el momento, en la mayoría de las Guías de Práctica Clínica, plantean el punto de corte en los 55 años. Los primeros estudios definían este punto de corte entre los 40 y 45 años. Por el contrario, algunos autores a pesar de no existir datos, cuestionan este límite de edad debido a posibles retrasos diagnósticos y al riesgo que puede suponer el tratamiento empírico inicial. Los estudios controlados que han comparado diferentes estrategias del manejo de la dispepsia no tienen suficiente poder estadístico para indicar un determinado límite de edad en la detección de los pacientes con cáncer.

Sin embargo los datos mundiales disponibles y la prevalencia del cáncer gástrico en Costa Rica, a pesar de sus limitaciones, podrían justificar el punto de corte en nuestro país en 40 años. Con el objetivo de aumentar la detección temprana del cáncer gástrico en una población en riesgo.

**No se ha encontrado evidencia de estudios controlados que apoye algún corte de edad para investigar de rutina con endoscopia a todo paciente que presenta una dispepsia no complicada por primera vez.**

**B**

**Valore el riesgo de cáncer y la necesidad de endoscopia en los pacientes con dispepsia de forma individual.**

**D**

**Refiera para realizar endoscopia a todos aquellos pacientes ≥40 años que presentan dispepsia por primera vez.**

### 3.2.2 Endoscopia versus Bario para los pacientes con signos de alarma.

2b  
5

Una endoscopia es más sensible que un estudio con bario para detectar lesiones tempranas de cáncer gástrico potencialmente curables y es más probable que detecte erosiones gástricas y duodenales. Cualquier lesión puede también ser estudiada por medio de biopsia de manera inmediata. Un estudio con bario bien realizado puede ser una herramienta útil para detectar cualquier lesión maligna en el tracto gastrointestinal superior pero comprende una dosis de radiación. En especial ahora que existen regulaciones más estrictas sobre la exposición de pacientes a radiación.

**Refiera a sus pacientes con signos de alarma para realizarse una endoscopia como la primera opción de estudio.**

C

**Los estudios con Bario representan una opción apropiada si no se dispone del servicio de endoscopia de manera local o el paciente no puede tolerarla el estudio endoscópico.**

D

## 4

### Cuestionarios y Escalas de Puntuación.

2a

Por medio de cuestionarios estructurados se intenta aumentar la validez del diagnóstico clínico de presunción y poder estimar la probabilidad de presentar patología orgánica.

En Cataluña, un cuestionario ha sido recientemente validado en atención primaria, mostrando un valor discriminativo para el diagnóstico de patología orgánica de un 75%, superior al diagnóstico de presunción clínica (69%) e incluso al test del *H. pylori* (61%). Este cuestionario es el primero diseñado y validado en el sur de Europa, donde la prevalencia de *H. pylori* entre los pacientes dispépticos mayor a un 50% (superior a la de otros países desarrollados).

Sin embargo, el Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre dispepsia. Manejo del paciente con dispepsia. Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2003; anota que “este cuestionario únicamente ha sido validado en una población cercana a la que se utilizó para su desarrollo inicial, por que antes de recomendar su uso a nivel generalizado es necesario validarlo en otras áreas geográficas”.

**Cuadro 2: Modelo Predictivo para la Dispepsia Orgánica**

Variables del Modelo	Dispepsia Orgánica
Edad $\geq$ 40 años	1
Sexo varón	2
Sobrepeso (IMC > 25)	1
Ritmo deposicional normal	1
Consumo de alcohol > 30 g/día	1
Consumo de tabaco >10 cigarrillos/día	1
AINES > 2 días/semana	2
Dolor epigástrico cíclico	1
Alivio del dolor con la ingesta	2
Presencia de pirosis	2
Pirosis diaria	2
Pirosis intensa	1
Historia previa de úlcera	2

**\*Cuando la puntuación total es  $\geq$  7, refiera para realizar una endoscopia.**

Tomado de Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre dispepsia. Manejo del paciente con dispepsia. Guía de práctica clínica. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2003. Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica en Enfermedades Digestivas, desde la Atención Primaria a la Especializada: 3.

## 5 Manejo de la Dispepsia no investigada.

En este punto hablaremos de una dispepsia no complicada (ya que hemos referido a los pacientes que presentan dispepsia con signos de alarma, dispepsia asociada al uso de AINES o aquellos con alta probabilidad de patología orgánica) y que comprende todos los pacientes que presentan por primera vez síntomas de dispepsia y aquellos pacientes que presentan síntomas recurrentes y a los cuales no se ha realizado una endoscopia y no existe un diagnóstico concreto.

El manejo tradicional de los pacientes en el primer nivel de atención ha consistido en consejería sobre el estilo de vida, antiácidos e inhibidores de los receptores H<sub>2</sub>. Existen un número de posibles aproximaciones para el manejo de los pacientes con síntomas recurrentes, muchos de los cuales consisten en incorporar la erradicación del *H. pylori*, como una causa etiológica de enfermedad ulcerosa. La mayoría de los estudios comprenden pacientes menores de 55 años.

Sin embargo, como hemos anotado con anterioridad, el alto riesgo de cáncer gástrico en Costa Rica, puede justificar una aproximación más agresiva en pro de una detección temprana, por lo que hemos modificado en las recomendaciones el corte de edad.

## 5.1 Pacientes menores de 40 años para Costa Rica.

### 5.1.1 Terapia empírica.

1a

El tratamiento empírico ha sido la estrategia más utilizada, esta estrategia tiene un coste bajo, permite el alivio rápido de los síntomas y en muchos casos su remisión. También optimiza y evita la realización de endoscopias.

Tiene la desventaja de deprivar aquellos con enfermedad ulcerosa de ser curados por la erradicación de la infección del *H. pylori*.

1a

En general incluye el tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP), antagonistas de los receptores H<sub>2</sub> (anti-H<sub>2</sub>) o procinéticos. Una revisión sistemática ha demostrado que los IBP, comparados con los anti-H<sub>2</sub> y con los antiácidos, presentan una mayor eficacia en la resolución de los síntomas con un RR con un intervalo de confianza de un 95%, IBP: antiácidos 0.72 (0.64-0.80), IBP: anti-H<sub>2</sub> 0.63 (0.47-0.85). Siendo que un 28% y 38% adicional de los pacientes mejoraron con inhibidores de bomba en comparación con antiácidos y anti-H<sub>2</sub>.

De igual manera, no se encontraron diferencias entre anti-H<sub>2</sub> y antiácidos, entre IBP (omeprazol) y procinéticos (cisaprida), ni entre los distintos IBP. La mayor eficacia de los IBP en algunos casos podría ser debida a que muchos de los pacientes incluidos presentaban síntomas de reflujo gastroesofágico o una úlcera péptica. No obstante, la baja calidad de los estudios disponibles y las diferencias de criterio en la inclusión de los pacientes y su diagnóstico restan aplicabilidad a estos resultados.

Los estudios realizados han comparado los anti-H2 (ranitidina) y procinéticos (cisaprida), sin encontrar diferencias significativas entre ambos tratamientos. No obstante, los posibles efectos adversos cardíacos de la cisaprida restan relevancia a estos resultados y por el contrario el National Institute for Clinical Excellence ha retirado su grado de recomendación sobre este medicamento al ser retirado del sistema nacional de salud.

2b

Se ha cuestionado el valor de los diferentes subgrupos de síntomas de la dispepsia, algunos estudios tienen en cuenta la posible causa subyacente a la hora de seleccionar el tipo de tratamiento empírico. Los anti-H2 y los IBP serían de elección ante los síntomas que sugieren un problema con la secreción ácida (tipo ulceroso) y los procinéticos, cuando sugieren un trastorno de motilidad (tipo dismotilidad). Un estudio controlado evaluó los resultados de con cuatro diferentes opciones de tratamiento empírico (omeprazol, procinéticos, anti-H2 o procinéticos a partir de los síntomas guía) y concluye que los síntomas guía podrían ser útiles a la hora de escoger la terapia empírica.

A pesar de que no existen estudios sobre la duración óptima del tratamiento con IBP, en general éste se realiza durante 4 semanas. Al terminar el periodo de tratamiento empírico (4 semanas) se debe valorar si los síntomas han remitido, en cuyo caso se interrumpirá el tratamiento. Si no existe mejora o ésta es solamente parcial, el tratamiento se prolongará durante otras 4 semanas. Cuando los síntomas no mejoran tras 8 semanas de tratamiento, es necesario investigar.

**Las medidas higiénico-dietéticas y el tratamiento sintomático en el paciente con síntomas de dispepsia pueden ser beneficiosos.**

**B**

**La estrategia inicial mediante el tratamiento empírico por 4 semanas con procinéticos, anti-H2 e Inhibidores de Bomba, en orden ascendente de efectividad, han mostrado ser eficaces en cuanto a la mejoría de los síntomas.**

**A**

**Los síntomas guía podrían ser útiles para la elección del tratamiento empírico (antisecretores para síntomas tipo ulceroso y procinéticos para los síntomas tipo dismotilidad).**

**C**

**Reinicie el tratamiento empírico en pacientes con recurrencia de los síntomas después de 6 meses. Siempre y cuando no existan signos de alarma.**

**C**

### 5.1.2 Endoscopia temprana.

1a  
2b

Los estudios han mostrado que la endoscopia gastrointestinal es más efectiva que el tratamiento empírico, pero el beneficio es pequeño, no significativo y improbablemente costo-efectivo. Una revisión sistemática Cochrane obtuvo un RR calculado a partir de los datos originales de otras revisiones de 1,08 (IC del 95%: 0,99-1,17), algunos estudios controlados realizados posteriormente y estudios observacionales no apoyan la superioridad de estrategias basadas en la endoscopia inicial frente al tratamiento empírico en los pacientes con dispepsia no investigada. Sin embargo, la heterogeneidad de los estudios y su baja calidad dificultan la interpretación de estos resultados en la práctica clínica actual, ya que el papel del *H. pylori* ha modificado en los últimos años el manejo de esta patología.

Sin embargo en una población de alto riesgo de cáncer gástrico la endoscopia gastrointestinal puede resultar costo-efectiva, tanto como cualquier otro programa de detección temprana de patologías que por su pronóstico merecen una aproximación agresiva.

### 5.1.3 *H. pylori* “prueba y endoscopia”

1b

Esta estrategia comprende el realizar una prueba no invasiva para la detección del *H. pylori* y una endoscopia para aquellos pacientes positivos en la prueba. Esta aproximación no es más efectiva, o menos costosa que la prescripción de endoscopia selectiva a discreción del médico general.

### 5.1.4 *H. pylori* “prueba y tratamiento”

El objetivo de evaluar la presencia del *H. pylori* es predecir qué pacientes tendrán una úlcera péptica asociada a esta infección.

Esta aproximación requiere una prueba no invasiva para el *H. pylori*, erradicación de la infección en todos aquellos positivos y proveer de tratamiento sintomático para aquellos con una prueba negativa. Cinco estudios controlados han comparado esta “prueba y tratamiento” en comparación con endoscopia. Cada uno de estos logró las mismas conclusiones, donde la prueba no invasiva es tan efectiva como la endoscopia para determinar el manejo de la dispepsia.

Esta estrategia requiere erradicar la infección por *H. pylori* en los pacientes dispépticos sin enfermedad ulcerosa. Existen ventajas y desventajas con esta aproximación:

Ventajas:

- ✓ Un beneficio sintomático al erradicar la infección en un pequeño grupo de pacientes con dispepsia funcional.
- ✓ Reducir el riesgo de enfermedad ulcerosa subsiguiente.
- ✓ Eliminar un probable factor de riesgo para el cáncer gástrico.
- ✓ Eliminar la preocupación de posibles interacciones entre la infección y los inhibidores de bomba.

Desventajas:

- ✓ Riesgos potenciales de un uso amplio del tratamiento antibiótico (ej. Resistencia y Complicaciones).
- ✓ Posibilidad de inducir esofagitis por reflujo posterior a la erradicación del *H. pylori*.
- ✓ Efectos adversos de los medicamentos.
- ✓ Reinfeción por *H. pylori*.

La estrategia de investigación del *H. pylori* y tratamiento de erradicación beneficia a la mayoría de pacientes con úlcera, y podría beneficiar a algunos pacientes con linfoma MALT y probablemente a los pacientes con una historia familiar de cáncer gástrico. No obstante, esta estrategia conlleva tratar tanto a los pacientes con úlcera péptica como con dispepsia funcional y actualmente se considera que la erradicación del *H. pylori* ejerce un papel poco importante en estos pacientes. Sin embargo el tratamiento de erradicación no evita que casi la mitad de los pacientes con úlcera vuelvan a presentar síntomas después de la curación y podría comportar un aumento de las resistencias a los antibióticos.

En la atención primaria, la estrategia de detectar y tratar la infección del *H. pylori* es menos efectiva, ya que los síntomas de dispepsia, discriminan poco la presencia de úlcera péptica, sobre todo cuando la tasa de infección por *H. pylori* es elevada. Algunos estudios indican que la detección del *H. pylori* en los pacientes que consultan por síntomas de dispepsia en la atención primaria y en zonas donde la prevalencia es alta no añade valor a la historia clínica. En algunos medios la prevalencia de úlcera y de infección por *H. pylori* en la población general están disminuyendo, lo que haría esta estrategia menos efectiva (efecto cohorte). Estos aspectos ya fueron señalados por la Sociedad Europea de

Gastroenterología en Atención Primaria, la cual recomendó reservar la detección y tratamiento del *H. pylori* para los pacientes con alteraciones endoscópicas documentadas.

En la atención primaria de muchos países europeos, las estrategias que incluyen la investigación inicial del *H. pylori* casi no se utilizan. Un reciente estudio en nuestro medio señala que más de la mitad de los médicos nunca han estudiado la presencia del *H. pylori* en un paciente dispéptico. Las actuales controversias acerca de la detección del *H. pylori* en el primer nivel han reforzado nuevamente el valor de la historia clínica y en especial las escalas de puntuación de signos y síntomas para la selección de los pacientes con patología orgánica con mayor sensibilidad y especificidad.

Un estudio cruzado propone que la estrategia de estudiar y tratar (detección y tratamiento) debe ser limitada a los pacientes dispépticos cuya historia y síntomas muestran un claro riesgo de enfermedad ulcerosa. De esta manera se reduce el número de pacientes que recibirán tratamiento para erradicar el *H. pylori* sin enfermedad de fondo. Otros autores también han propuesto como alternativa la estrategia del tratamiento empírico, seguido o no de la detección del *H. pylori* en aquellos pacientes en los que no se observa mejoría.

Se ha reconocido que el balance de las ventajas sobre las desventajas de este tratamiento es menor en poblaciones con baja prevalencia de *H. pylori* y enfermedad ulcerosa relacionada. La prevalencia de la infección con *H. pylori* en cualquier población aumenta con la edad y un nivel socioeconómico bajo.

Actualmente están en curso estudios que tienen como objetivo comparar el tratamiento empírico anti-secretor con la detección del *H. pylori* y su tratamiento

**La estrategia mediante la investigación de la infección por *H. pylori* y tratamiento en aquellos pacientes con un resultado positivo no se muestra, en cuanto a la mejora sintomática, superior a la endoscopia.**

**B**

**La primera opción de manejo del paciente dispéptico no complicado, persistente y menor de 40 años es una estrategia de identificación de probable patología orgánica mediante un cuestionario validado.**

**D**

**Refiera para valorar la necesidad de “detectar y tratar” la infección por *H. pylori* o endoscopia para aquellos pacientes dispépticos no complicados, menores de 40 años y sintomáticos persistentes por más de 8 semanas.**

**D**

## 5.2 Pacientes mayores de 40 años para Costa Rica.

Las guías de manejo de estos pacientes promueven que sean analizados por medio de una endoscopia temprana. La frase de aparición por primera vez es muy utilizada, indicando una investigación urgente. La búsqueda sistemática de la literatura no provee con evidencia que respalde estas recomendaciones ya que de momento, no se disponen de estudios que evalúen la estrategia de investigación del *H. pylori* y tratamiento de erradicación en los pacientes > 55 años. No obstante, algunos estudios que han incluido a pacientes sin límite de edad, aún sin tener un suficiente poder estadístico, no invalidan esta estrategia en ese grupo de pacientes.

### 5.2.1 Manejo

Existe evidencia substancial sobre el manejo con una estrategia de detectar y tratar a los pacientes dispépticos no complicados contra la infección por *H. pylori* en los menores de 55 años. La pregunta ahora es si se dispone de suficiente evidencia y es adecuado hacer una extrapolación para los mayores de 55 años. Ningún estudio aleatorizado controlado se ha planteado hasta el momento esta pregunta. Sin embargo, si existen estudios que comparan los resultados de un manejo no invasivo en comparación con endoscopia temprana, que no definieron este límite de edad superior como criterio de inclusión.

1b

Un estudio danés con 500 pacientes entre 18-88 años con dispepsia de reciente aparición con o sin síntomas de reflujo y con un seguimiento de 1 año demostró que la estrategia de detectar y tratar fue tan efectiva como la endoscopia temprana. Otros dos estudios controlados aleatorizados realizados en Canadá y Dinamarca mostraron los mismos resultados.

2a

La evidencia disponible no justifica el uso de endoscopia temprana como primera opción en el manejo de los pacientes dispépticos no complicados persistentes mayores de 55 años.

Sin embargo, el alto riesgo de cáncer gástrico en Costa Rica, puede justificar una aproximación más agresiva en pro de una detección temprana.

**La primera opción de manejo del paciente dispéptico no complicado, persistente y mayor de 40 años es la estrategia de endoscopia para descartar patología orgánica.**

**D**

# 6 Manejo de la Dispepsia Funcional.

## 6.1 Introducción

Dispepsia funcional es el término recomendado para denotar dispepsia en la cual no se ha identificado ninguna patología orgánica causal una vez realizada una endoscopia digestiva alta que descarte la presencia de una causa orgánica. Como es un diagnóstico de exclusión, el juicio clínico debe ser aplicado en decidir cuanto se debe profundizar en los estudios necesarios para cada paciente. Sin embargo, cuando se toman estas decisiones, los médicos deben recordar que la dispepsia funcional es la más común de las dispepsias, de manera que para la mayoría de los pacientes menores de 40 años no es necesario realizar exámenes invasivos.

Una vez hecho el diagnóstico de dispepsia funcional, el clínico puede considerar las opciones terapéuticas. Parte de esta decisión corresponde a la razón de consulta del paciente: una consulta por dispepsia es más probable si el paciente está ansioso, deprimido, estresado, tiene síntomas severos o está preocupado de que los síntomas sean señal de una patología mortal. Estas preocupaciones, si están presentes, deben ser abordadas.

No todos los pacientes con dispepsia funcional busca un tratamiento activo: para algunos, puede ser suficiente explicar la condición y dar apoyo de que no se trata de una enfermedad mortal. Pero otros, sin embargo, desean recibir tratamiento. Los clínicos deben recordar que aunque por definición las causas y mecanismos responsables de la dispepsia funcional son desconocidos, existe una razón para creer que diferentes y variados desordenes de la motilidad gastrointestinal y de la función sensorial pueden estar implicados. Esto implica que el alivio de los síntomas puede necesitar diferentes tratamientos en diferentes pacientes. Inevitablemente, los estudios clínicos que han considerado la dispepsia como una entidad única y evalúan el efecto de una sola terapia no pueden referirse a esta posibilidad.

**El diagnóstico clínico de dispepsia funcional parece ser apropiado para la mayoría de los pacientes con dispepsia sin signos de alarma, menores de 40 años y en los cuales las evaluaciones iniciales son negativas. Exámenes repetidos y más invasivos en busca de una causa orgánica para los síntomas es banal e improductivo.**

D

## 6.2 Factores de riesgo para la dispepsia funcional.

2b

Estudios sobre etiología han mostrado una asociación entre los problemas de salud mental (ansiedad, depresión, neurosis, estrés crónico, hostilidad, hipocondriasis etc.) y la dispepsia funcional.

1a

La infección por *H. pylori* no ha mostrado ejercer un papel significativo en la dispepsia funcional. La evidencia existente sin embargo, no es suficiente para confirmar o refutar la existencia de una modesta asociación.

Los estudios sobre otros factores de riesgo como la ingesta de café, tabaco, alcohol, obesidad etc., no han mostrado evidencia concluyente al respecto.

**Los factores psicológicos son factores de riesgo para la dispepsia funcional.**

B

**No se ha mostrado una asociación clara entre la infección por *H. pylori* y la dispepsia funcional.**

B

## 6.3 Recomendaciones sobre el estilo de vida.

Once estudios observacionales y encuestas que consideran los factores del estilo de vida y la dispepsia funcional identificados. La mayoría de la literatura publicada se basa en las respuestas auto-reportadas de experiencias de pacientes y son sujetas a críticas metodológicas asociadas con esta forma de recoger la información. Una encuesta indicó que una dieta deficiente, el estrés y la cafeína son percibidas como las causas más comunes de síntomas gastrointestinales. Otra encuesta encontró que el 80% de los pacientes dispépticos que reportaron evitar estos factores habían mejorado en su sintomatología. De igual manera se ha relacionado la alimentación irregular, asociada con estrés, con la dispepsia funcional, pero una relación causal no es clara. Una gran variedad de intolerancias a ciertos alimentos ha sido reportada, muchas de las cuales los pacientes han identificado y evitado sin necesidad de ayuda profesional. La cafeína, el alcohol y el fumar han sido reportados como factores que exacerban los síntomas dispépticos. Otros estudios no han encontrado ninguna asociación entre estos factores y la dispepsia.

**No se ha identificado suficiente evidencia que respalde una recomendación dietética y de estilos de vida en el manejo de la dispepsia funcional.**

**Recomiende la cesación del fumado y excluir o disminuir la cantidad de alcohol y cafeína, de acuerdo con lo que es considerado un patrón saludable de alimentación.**

**Recomiende a sus pacientes el seguir una dieta balanceada para minimizar las deficiencias nutricionales en especial en los casos que han adoptado medidas dietéticas extremas.**

## **6.4 Tratamientos Psicológicos.**

Las correlaciones entre problemas psicológicos y la dispepsia funcional sugieren que las intervenciones psicosociales pueden tener un papel en el tratamiento. En el momento actual, sin embargo, no se ha encontrado evidencia generalizable sobre el beneficio de este tipo de intervenciones.

## **6.5 Tratamientos Farmacológicos.**



No todos los pacientes con dispepsia funcional requieren tratamiento. Sin embargo, cuando se considera iniciar tratamiento, el clínico debe contemplar que en los desordenes gastrointestinales existe una importante respuesta al placebo que puede hacer difícil la interpretación de los resultados. Ningún tratamiento ha demostrado un alto éxito en la terapia de la dispepsia funcional, sin embargo debe hacerse notar que no existe tampoco una base teórica que indique que todos los pacientes con dispepsia funcional deben responder al mismo tratamiento farmacológico. La heterogeneidad en la presentación de los síntomas es evidente en la dispepsia funcional, por lo que se sospecha una heterogeneidad en los mecanismos fisiopatológicos. Existe evidencia que muestra que diferentes tratamientos pueden ser efectivos en diferentes pacientes. La información disponible sobre el tratamiento de la dispepsia funcional se refiere a periodos cortos de tratamiento y consecuentemente la duración de la terapia debe ser por periodos cortos de tiempo también.

**No todos los pacientes necesitan tratamiento para la dispepsia funcional. Cuando se decide iniciar tratamiento, debe ser por periodos cortos de tiempo, intermitentemente si es necesario. Lo cual es más apropiado que una terapia de larga duración.**

### 6.5.1 Supresión Ácida (anti-H2 e Inhibidores de Bomba).

1b  
1a

El verdadero beneficio de este tratamiento en la dispepsia funcional puede ser difícil de cuantificar por las siguientes razones:

-  Pocos estudios han definido la dispepsia funcional con la definición de Roma II y excluyen pacientes con síntomas de reflujo.
-  Existe una alta respuesta al placebo.

La terapia de supresión ácida puede ser separada en los antagonistas de los receptores de histamina y los inhibidores de bomba de protones, siendo más efectivos los resultados con inhibidores de bomba de protones.

1a

Según las diferentes revisiones sistemáticas disponibles, existe evidencia de que en el tratamiento de la dispepsia funcional, los anti-H2 son superiores al placebo en la mejora de los síntomas, sugiriendo un beneficio significativo (RRR = 22%; 95% IC = 7 a 35%). Asumiendo una respuesta al placebo de un 40%, obtendríamos un NNT= 8 (95% IC = 5 a 24) pacientes necesarios a tratar para mejorar un caso de dispepsia que no mejorarían con placebo.

Las revisiones sistemáticas disponibles señalan que los IBP son superiores al placebo en la desaparición o mejora de los síntomas. Cinco de los estudios evaluaron el omeprazol, y uno de ellos el lansoprazol. Los estudios sobre omeprazol, lo han estudiado a dosis de 10 o 20 mg/día, durante 2 o 4 semanas. Resultados de otra revisión no sistemática muestran que el omeprazol presenta mayor eficacia en el grupo de los pacientes con síntomas ulcerosos o de reflujo gastroesofágico, mientras que no se encontraron diferencias en el grupo de dismotilidad.

Los análisis de comparaciones directas sugieren que los inhibidores de bomba presentan una tendencia a ser superiores a los anti-H2, sin embargo no fue estadísticamente significativo (RRR = 7%; IC 95%= 16% a -3%).

La respuesta al tratamiento se ha asociado con una disminución de los costos en salud y una mejoría en la calidad de vida. Se ha sugerido que los pacientes que recibirán mayor beneficio a largo plazo presentan una respuesta identificable después de solo una semana de tratamiento.

**Considere una prueba terapéutica (4-12 semanas) con terapia de supresión ácida en sus pacientes con dispepsia funcional.**

**B**

### 6.5.2 Antiácidos.

1a

Los antiácidos no se han mostrado superiores al placebo, con un RR = 1.02; IC 95% = 0.76-1.36) como se reporta en un solo estudio incluido que evalúa esta intervención en 109 pacientes.

### 6.5.3 Procinéticos.

1a

Cuatro meta-análisis han explorado el papel de los procinéticos en la dispepsia funcional. Tres meta-análisis muestran una mejoría significativa a corto plazo (2-12 semanas) sobre los síntomas globales sobre el placebo, pero incluyen pocos estudios y el número total de pacientes en cada meta-análisis es pequeño. Ya que estos estudios son pocos, pequeños y heterogéneos; sus resultados deben tomarse con cuidado.

**En vista de los problemas de los estudios sobre procinéticos, a pesar de que pueden tener un efecto beneficioso, la magnitud de su valor terapéutico en la dispepsia funcional es incierto.**

B

**Prescriba procinéticos como un tratamiento de segunda línea para la dispepsia.**

B

### 6.5.4 Citoprotectores.

Los agentes citoprotectores incluyen quelantes y complejos, como el bismuto, el sucralfato y los análogos de prostaglandinas. El sucralfato actúa al proteger la mucosa gástrica y los análogos de prostaglandinas tienen un efecto antisecretor y protector.

#### Quelantes y Complejos.

1a

Se identificaron 3 estudios, sin embargo solamente uno fue considerado de suficiente calidad para ser incluido y no incluía un grupo placebo. Los otros dos estudios de mala calidad sobre los efectos del sucralfato mostraban resultados conflictivos.

#### Análogos de prostaglandinas.

Un estudio no encontró diferencias en el grupo en tratamiento en comparación con el placebo, pero sí logró identificar un aumento de los efectos adversos en el grupo en tratamiento.

### 6.5.5 Análisis de comparaciones indirectas:

1a

Una revisión sistemática Cochrane basada en los resultados de los estudios controlados con placebo sugiere 4 intervenciones de importancia a comparar, procinéticos, inhibidores de bomba, sales de bismuto y antagonistas de los receptores H<sub>2</sub>.

Un método de comparaciones indirectas sugiere que los procinéticos parecen ser medicamentos más efectivos que los anti-H<sub>2</sub> y los inhibidores de bomba en reducir la dispepsia, de manera que los pacientes tenían 1.47 (IC 95%= 1.02-2.12; p =0.04) y 1.80 (IC 95% = 1.22-2.66; p =0.003) veces más probabilidades de permanecer dispépticos al final del tratamiento.

Para el caso de específicos procinéticos, existe evidencia que la cisaprida es más efectiva que la domperidona o la metoclopramida en mejorar el vaciamiento gástrico, aunque en ambas comparaciones las diferencias fueron no estadísticamente significativas. Sin embargo el medicamento cisaprida fue retirado de los formularios de los Estados Unidos, Europa y de la Lista Oficial de Medicamentos, debido a la preocupación del riesgo de arritmia en los pacientes con enfermedad cardio-vascular.

Sin embargo los datos sobre procinéticos deben ser interpretados con sumo cuidado debido a la presencia de un probable sesgo de publicación que podría sobreestimar el efecto de los procinéticos.

### 6.5.6 Antidepresivos.

Se asumido con frecuencia un rol funcional de los antidepresivos en el manejo de síndromes dolorosos idiopáticos.

Existe alguna evidencia sobre el papel de los antidepresivos en los desordenes funcionales de los antidepresivos, pero no se ha encontrado evidencia clara de beneficio en la dispepsia no funcional.

2a

Los diferentes estudios llevados a cabo con antidepresivos no permiten por el momento conocer su verdadera eficacia. Los resultados de una revisión sistemática concluyen que el tratamiento de la dispepsia funcional con antidepresivos es efectivo, aunque, no obstante, la mayoría de estudios disponibles son de baja calidad.

### 6.5.7 Erradicación del *H. pylori*.

Tres meta-análisis sobre el efecto de la erradicación del *H. pylori* en la dispepsia funcional han mostrado diferentes conclusiones.

Una revisión sistemática Cochrane que incluye 13 ensayos controlados aleatorizados de calidad publicados hasta octubre del 2002, concluye que se observa una reducción significativa de un 9% en el número de pacientes que permanecen dispépticos durante 12 meses después del tratamiento.

Esta revisión muestra que 10 de los 13 estudios que evaluaban los resultados a los 3 y 12 meses no demostraron ningún efecto estadísticamente significativo de erradicar el *H. pylori* en comparación con el placebo. La razón por la que estos 3 ensayos dan resultados positivos mientras los otros han sido negativos es razón de intenso debate. La erradicación del *H. pylori* tiene un pequeño efecto en la dispepsia a los 12 meses y ninguno de los estudios tienen suficiente poder para detectar esto. La reducción del riesgo relativo de un 9% es sin embargo estadísticamente significativa. Los datos de estudios observacionales sugieren que la erradicación del *H. pylori* puede incrementar la incidencia del reflujo gastro-esofágico, pero esta observación puede ser debida a sesgos o factores de confusión. Dos ensayos específicamente diseñados para concluir sobre este asunto no han logrado demostrar ninguna relación entre la erradicación del *H. pylori* y la exacerbación del reflujo gastro-esofágico. En general se dice que se necesitan tratar 15 pacientes dispépticos funcionales para lograr que un paciente permanezca 12 meses libre de dispepsia, NNT 15 (IC<sub>95%</sub>= 10-28).

Solo uno de los estudios reporta la frecuencia de efectos adversos, de los cuales 28% en el grupo en tratamiento, en comparación con 10% de los pacientes en el grupo control presentaron al menos un evento adverso. Los más comunes fueron diarrea y problemas del gusto, los cuales resolvieron al suspender el tratamiento.

La dispepsia se relaciona con una disminución de la calidad de vida, sin embargo esta revisión logra demostrar una pequeña tendencia, no significativa a mejorar la calidad de vida de aquellos pacientes tratados para erradicar el *H. pylori*.

En esta revisión sistemática, erradicar el *H. pylori* representaría un costo agregado de 84\$ por cada mes libre de dispepsia en comparación con la terapia antiácida. Los análisis económicos muestran que esto puede ser costo-efectivo si el proveedor de

servicios de salud esta dispuesto a pagar \$112.5 por mes libre de dispepsia con un 20% de posibilidades de estar equivocado.

En general, debido a que cerca del 50% de los pacientes con dispepsia funcional responden a la erradicación del *H. pylori*, este tratamiento será sintomáticamente beneficioso para un poco menos del 5% de todos los pacientes dispépticos.

**Refiera a su paciente dispéptico sin signos de alarma y persistente (más de 8 semanas) a pesar de un adecuado tratamiento, a un centro especializado para estudiar por infección con *H. pylori*.**

D

**Considere el tratamiento para erradicar el *H. pylori* en aquellos pacientes dispépticos funcionales persistentes y refractarios a otros tratamientos.**

B

## 6.6 Informar al Paciente.

Cuando se realiza el diagnóstico de dispepsia funcional, puede ser importante explicar a los pacientes que:

- ✓ No se ha encontrado ninguna anomalía o enfermedad.
- ✓ La dispepsia funcional es muy común, en si misma no es peligrosa, aunque el malestar general, dolor, distensión y sensación de llenura son perfectamente genuinos, molestos y desagradables.
- ✓ Las causas definitivas de la dispepsia no funcional son desconocidas. Se conoce que, al comparar con individuos asintomáticos, el estómago de los pacientes dispépticos presenta un vaciado gástrico más lento después de las comidas.
- ✓ La dispepsia funcional no es una condición generada por hipersecreción ácida; la secreción ácida es usualmente normal.
- ✓ La dispepsia funcional no es usualmente causada por estrés, ansiedad o depresión pero estos factores pueden agravar los síntomas y disminuir la posibilidad del paciente de manejar los síntomas.
- ✓ La dispepsia funcional no es causa por sensibilidad o alergia a factores dietéticos. Sin embargo los pacientes dispépticos, como cualquier persona, debe evitar los alimentos que lo irritan.
- ✓ Los medicamentos no son muy efectivos en el manejo de la dispepsia, pero algunos pacientes muestran mejoría al utilizar medicamentos.

## 6.7 Pronóstico de la Dispepsia Funcional.

Existe poca información sobre los resultados a largo plazo de los pacientes dispépticos funcionales. En un estudio suizo de pacientes con dispepsia funcional, cerca de 2/3 todavía presentaban síntomas después de 10 años de seguimiento. Muchos de ellos han sido estudiados durante esos 10 años en múltiples ocasiones, sin encontrar alguna otra patología en casi ningún caso. En otros estudios, muchos de estos pacientes mostraron síntomas que se superponen con aquellos síntomas del síndrome del intestino irritable.

# 7

## Pruebas de Detección del *Helicobacter pylori*

Dos aspectos acerca de la prueba diagnóstica de la infección del *H. pylori* deben ser considerados. La primera es que tan bien detecta aquellas personas infectadas (sensibilidad) y la otra es que tan correctamente detecta aquellas personas que no están infectadas (especificidad). La selección del tipo de prueba adecuado depende de esta forma en la prevalencia de la infección por *H. pylori* en la comunidad. Los principales grupos de pruebas no invasivas son las pruebas de aliento, serológicas, y de antígenos fecales.

### 7.1 Escogiendo un método diagnóstico adecuado.

#### 7.1.1 Diagnóstico pre-tratamiento.

2a

En la atención de la salud en el primer nivel, tanto las pruebas de ELISA y CUBT han demostrado ser efectivas en excluir el diagnóstico de *H. pylori* en pacientes que han presentado síntomas dispépticos por al menos 2 semanas. Los resultados de sangre completa son menos efectivos. Un estudio multicéntrico sugiere que la prueba de antígenos fecales es comparable con el CUBT en la detección de la infección por el *H. pylori*.

En los estudios que han comparado el uso de endoscopia y la estrategia de detección y tratamiento, algunos han utilizado CUBT y otras pruebas serológicas. Los resultados en ambos tipos de pruebas han mostrado ser similares. En la práctica clínica, las diferencias de estas pruebas parecen no ser significativas.

### 7.1.2 Pruebas post-tratamiento.

Las pruebas de CUBT han demostrado ser efectivas en la detección de la erradicación del *H. pylori*. Siete estudios utilizando CUBT solamente como comparación demostraron que la sensibilidad y especificidad de las pruebas CUBT y la de antígenos fecales es de aproximadamente un 90%. Sin embargo se ha encontrado alguna variabilidad en los resultados de las pruebas de antígenos tras el tratamiento, de manera que no son comparables posterior al tratamiento.

La serología puede ser utilizada para monitorizar la eficacia de la erradicación de la infección, pero ambas pruebas, pre y postratamiento deben ser analizadas simultáneamente y es necesario esperar un mínimo de 3 meses después de la erradicación antes de repetir la prueba.

**Se recomienda el uso de las pruebas CUBT o de antígenos fecales en el diagnóstico pre-tratamiento de la infección del *H. pylori* en la comunidad. De menor precisión, las pruebas serológicas hospitalarias tienen su lugar como un método no invasivo.**

**B**

**CUBT es la prueba recomendada para determinar si el *H. pylori* ha sido erradicado con éxito.**

**B**

**La prueba CUBT no debe ser realizada en menos de 2 semanas posterior a utilizar inhibidores de bomba o en menos de 4 semanas del tratamiento antibiótico por los resultados falsamente negativos.**

**D**

### 7.1.3 Prevalencia del *H. pylori*.

Las estrategias de “detectar y tratar” se han estudiados en poblaciones de  $\geq 30\%$  de prevalencia. Sin embargo no se cuenta con información sobre esta terapia en áreas de menor prevalencia. Esta cifra ha sido utilizada en los algoritmos de manejo, de manera que permita tomar decisiones. Puede ser importante contar con información sobre la prevalencia del *H. pylori* en Costa Rica.

# 8

## Úlcera Péptica.

El *H. pylori* ha demostrado su papel en la patogenia de la úlcera péptica, y por tanto ha transformado el tratamiento en las últimas dos décadas. Actualmente existe consenso internacional, tanto en las distintas revisiones sistemáticas como en las Guías de Práctica Clínica y conferencias de consenso acerca de la eficacia de la erradicación del *H. pylori* en los pacientes con úlcera péptica.

La infección por *H. pylori* está presente en un 95% de los pacientes con úlcera duodenal y hasta en un 80% de los pacientes con úlcera gástrica, y aunque estos porcentajes están disminuyendo, su erradicación se ha mostrado eficaz en ambos tipos de úlcera\*.

### 8.1 Erradicación del *Helicobacter pylori* en la úlcera péptica.

El tratamiento de los pacientes infectados por el *H. pylori* se ha mostrado superior al tratamiento antisecretor en la cicatrización, tanto a corto como a largo plazo, y en la reducción de las recidivas ulcerosas. Disminuye el tiempo para conseguir la cicatrización y el riesgo de sangrado por úlcera duodenal. En los pacientes con úlcera duodenal sangrante el tratamiento erradicador comparado con el no erradicador reduce el riesgo de sangrado recurrente en los siguientes 12 meses.

Con respecto a los exámenes para detectar la infección por *H. pylori*, en el caso de la úlcera duodenal la fuerte asociación causal hace que no sea imprescindible investigar la presencia de infección; pero en la úlcera gástrica, con una asociación menos fuerte, es recomendable confirmar la infección previamente. Sin embargo, los porcentajes de asociación entre infección por el *H. pylori* y la úlcera péptica han disminuido lo cual podría modificar estas recomendaciones en un futuro.

**Todos los pacientes con úlcera péptica o úlcera gástrica deben recibir tratamiento erradicador para el *Helicobacter pylori*.**

A

**En la úlcera gástrica, previamente al inicio del tratamiento, es recomendable investigar la presencia de la infección por *H. pylori*.**

D

\* La duodenitis erosiva se considera un equivalente a la úlcera duodenal, y debe ser tratada como esta condición.

# 9

## Implementación y Análisis de Desempeño.

### 9.1 Implementación local.

La implementación local de esta guía es responsabilidad de cada uno de los trabajadores de la salud de la Caja Costarricense de Seguro Social. Deben realizarse arreglos para implementar esta guía en cada uno de los EBAIS y clínicas del país.

### 9.2 Puntos clave de Análisis de Desempeño.

Para poder realizar un proceso eficiente de Análisis de Desempeño de esta guía, de implementarse un sistema de recolección de información. Este sistema puede tomar lugar en 3 lugares diferentes: nacional, regional/local y en la práctica clínica.

#### **Nivel Nacional.**

Estadio de presentación del cáncer gastrointestinal superior.

#### **Nivel local o regional.**

Porcentaje de pacientes referidos para detectar y tratar el *H. pylori*.  
Porcentaje de pacientes menores de 40 años sin signos de alarma y referidos a endoscopia.  
Porcentaje de pacientes menores de 40 años con signos de alarma y referidos a endoscopia.

#### **En la Práctica Clínica.**

Prescripción de terapia de supresión ácida.  
Éxito de erradicación del *H. pylori*.

# 10

## Información para el uso racional de los medicamentos.

**Cuadro 3: Información para el uso racional de los antagonistas H<sub>2</sub>**

<p><b>Famotidina</b> (tabletas recubiertas):</p> <p>Código LOM: 32-0695 Clave: M Usuario: 1B</p> <p><b>Potencia:</b> <b>40 mg/tableta</b></p> <p><b>Cimetidina base</b> (solución inyectable):</p> <p>Código LOM: 32-3290 Clave: HR Usuario: 2B</p> <p><b>Potencia:</b> <b>150 mg/ 2 mL</b></p>	<p><b>Efectos Adversos</b></p> <p><b>Más Frecuentes</b></p> <p>Cefalea</p> <p><b>Menos Frecuentes</b></p> <p>Constipación</p> <p>Diarrea</p> <p>Mareos</p> <p>Nausea</p> <p>Vómitos</p> <p><b>Raros o Muy Raros</b></p> <p>Agranulocitosis      severo</p> <p>Reacción Alérgica      severo</p> <p>Dermatitis Alérgica      severo</p> <p>Angioedema      severo</p> <p>Bradicardia      severo</p> <p>Broncoespasmo      severo</p> <p>Mareos</p> <p>Fiebre      severo</p> <p>Salpullido      severo</p> <p>Taquicardia      severo</p> <p>Trombocitopenia      severo</p>	<p><b>Contraindicaciones más significativas</b></p> <p><b>Contraindicaciones significativas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Enfermedad Renal.</li> </ul> <p><b>Contraindicaciones posibles:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Enfermedad Hepática.</li> </ul> <p><b>Seguridad en Embarazo y Lactancia</b></p> <p><b>Famotidina</b> ♀ <b>B</b> / 😊 <b>?</b></p> <p><b>Cimetidina</b> ♀ <b>B</b> / 😊 <b>+</b></p>
	<p><b>Precauciones y Puntos Clave:</b> Interaccionan con el Itraconazol y Ketoconazol al disminuir su efecto. Debe evitarse la combinación con anticoagulantes.</p>	

**Cuadro 4: Información para el uso racional de los antiácidos**

<p><b>Aluminio Hidróxido 200 mg y Magnesio Hidróxido 150 a 200mg con Simeticona 25 mg (tabletas masticables):</b></p> <p>Código LOM: 32-0890 Clave: M Usuario: 1B</p> <p><b>Potencia: 200/150-200/25 mg/tableta</b></p> <p><b>Aluminio Hidróxido 4.7% a 6.1% y Magnesio Hidróxido 1.4% a 2.2% F.E.U. (suspensión oral):</b></p> <p>Código LOM: 32-7070 Clave: M Usuario: 1B</p> <p><b>Potencia: 4.7 a 6.1%/1.4 a 2.2%/500 ml</b></p> <p><b>Aluminio Hidróxido. (tabletas masticables):</b></p> <p>Código LOM: 32-0140 Clave: E Usuario: 2C</p> <p><b>Potencia: 200-300 mg/ Tabletas Aluminio Hidróxido 5.5 a 6.7% p/p sin magnesio. (suspensión oral):</b></p> <p>Código LOM: 32-6190 Clave: E Usuario: 2C</p> <p><b>Potencia: 5.5 a 6.7%/120-180 ml</b></p>	<b>Efectos Adversos</b>		<p><b>Contraindicaciones más significativas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Enfermedad Renal.</li> <li>▪ Constipación.</li> <li>▪ Impactación fecal.</li> <li>▪ Obstrucción gástrica.</li> <li>▪ Hemorroides.</li> <li>▪ Enfermedad de Alzheimer.</li> <li>▪ Diarrea.</li> <li>▪ Colitis Ulcerativa.</li> <li>▪ Ileostomia.</li> </ul> <p><b>Contraindicaciones significativas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diarrea Crónica.</li> </ul> <p><b>Contraindicaciones posibles:</b></p> <p><b>Seguridad en Embarazo y Lactancia</b></p> <p style="text-align: center;">♀ + / ☺ ?</p>
	<b>Más Frecuentes</b>		
	Sabor a Tiza		
	Constipación		
	Diarrea		
	Nausea		
	Retortijones		
	Vómito		
	<b>Menos Frecuentes</b>		
	Nausea		
	Retortijones		
	Vómito		
<b>Raros o Muy Raros</b>			
Cambios electrolíticos	severo		
Impactación fecal	severo		
Hipercalcemia	severo		
Hipermagnesemia	severo		
Hipofosfatemia	severo		
Edema bipodálicos	severo		
<p><b>Precauciones y Puntos Clave:</b> Produce una interacción severa con los antifúngicos azoles, por lo que no se debe combinar el tratamiento.</p>			



**Cuadro 6: Información para el uso racional de la metoclopramida**

<p><b>Metoclopramida clorhidrato</b> (inyectable ampolla):</p> <p>Código LOM: 32-4300 Clave: HM Usuario: 2D</p> <p><b>Potencia: 10mg/ 2 mL</b></p>	<b>Efectos Adversos</b>		<p><b>Contraindicaciones más significativas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hemorragia Gastrointestinal.</li> <li>▪ Perforación Intestinal.</li> <li>▪ Epilepsia.</li> <li>▪ Depresión.</li> <li>▪ Feocromocitoma.</li> <li>▪ Obstrucción Gastrointestinal Mecánica.</li> </ul>
	<b>Más Frecuentes</b>		
<p><b>Metoclopramida base</b> (tabletas):</p> <p>Código LOM: 32-1180 Clave: M Usuario: 1B</p> <p><b>Potencia: 10mg/tableta</b></p>	Diarrea		<p><b>Contraindicaciones significativas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Falla Renal Crónica.</li> <li>▪ Falla Cardíaca Congestiva.</li> </ul>
	Mareos		
	Cansancio inusual		
	<b>Menos Frecuentes</b>		
	Mastalgia		
	Sequedad de Boca		
	Constipación		
	Ginecomastia		
	Mareos		
	Cefalea		
<b>Raros o Muy Raros</b>		<p><b>Contraindicaciones posibles:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Asma bronquial.</li> <li>▪ Hipertensión.</li> <li>▪ Parkinsonismo.</li> </ul>	
Agitación	severo		
Agranulocitosis	severo		
Extrapiramidalismo	severo		
Hipertensión	severo		
Síndrome Neuroléptico Maligno	severo		
Sensación de Pánico	severo		
Parkinsonismo	severo		
Síndrome de Piernas inquietas	severo		
Taquicardia	severo		
Discinesia	severo		
Nausea		<p><b>Seguridad en Embarazo y Lactancia</b></p> <p style="text-align: center; font-size: 2em;">♀ <b>B</b> / 😊 <b>+</b></p>	
Estimulación de Prolactina			
Salpullido			
Depresión			
Insomnio			
Irritabilidad			
Cambios en el ciclo menstrual			
<p><b>Precauciones y Puntos Clave:</b> Funciona mejor 30 minutos antes de las comidas.</p>			

**Anexos**



## Anexo A: Niveles de Evidencia y Grados de Recomendación

Una vez que se ha evaluado la calidad de los estudios, el próximo paso es extraer todos los datos relevantes con bajo o moderado riesgo de sesgo y compilarlos en un resumen de los estudios individuales, y la tendencia general de la evidencia.

Un estudio, bien diseñado, una revisión sistemática o un estudio controlado aleatorizado muy grande puede ser considerado como soporte para una recomendación por sí solo, aunque evidencia que lo respalde por parte de otros estudios es siempre deseable. Estudios más pequeños, de menor calidad en el diseño, revisiones sistemáticas o estudios controlados aleatorizados con altos niveles de incertidumbre requerirán un alto grado de consistencia para apoyar una recomendación. Este será el caso más frecuente y en estas circunstancias deberá compilarse una tabla de evidencia que presente todos los estudios relevantes.

Dado que los procesos de evaluación crítica de la metodología inevitablemente comprenden un cierto grado de juicio subjetivo; los grupos especializados en el desarrollo de Guías recomiendan al menos dos evaluadores y un consenso basado en el puntaje antes de ser incluido en alguna tabla de evidencia.

**Anexo A: Cuadro 7: Estudios sobre tratamiento, prevención etiología y complicaciones**

Grado de Recomendación	Nivel de Evidencia	Fuente
<b>A</b>	<b>1a</b>	Revisión Sistemática de ensayos clínicos aleatorios, con homogeneidad (resultados comparables y en la misma dirección).
	<b>1b</b>	Ensayo clínico aleatorio individual (intervalo de confianza estrecho).
	<b>1c</b>	Eficacia demostrada por la práctica clínica y no por la experimentación.
<b>B</b>	<b>2a</b>	Revisión Sistemática de estudios de cohortes, con homogeneidad (resultados comparables y en la misma dirección).
	<b>2b</b>	Estudio de cohorte individual y ensayos clínicos aleatorios de baja calidad (< 80 % de seguimiento).
	<b>2c</b>	Investigación de resultados en salud, estudios ecológicos.
	<b>3a</b>	Revisión Sistemática de estudios caso-control, con homogeneidad.
	<b>3b</b>	Estudios de caso-control individuales.
<b>C</b>	<b>4</b>	Series de casos, estudios de cohortes y caso-control de baja calidad.
<b>D</b>	<b>5</b>	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita.

**Anexo A: Cuadro 8: Estudios de historia natural y pronóstico.**

Grado de Recomendación	Nivel de Evidencia	Fuente
<b>A</b>	<b>1a</b>	Revisión Sistemática de estudios tipo cohortes, con homogeneidad (resultados comparables y en la misma dirección), reglas de decisión diagnóstica (algoritmos de estimación o escalas que permiten estimar el pronóstico) validadas en diferentes poblaciones.
	<b>1b</b>	Estudios tipo cohorte con > 80% de seguimiento, reglas de decisión diagnóstica (algoritmos de estimación o escalas que permiten estimar el pronóstico) validadas en una única población.
	<b>1c</b>	Eficacia demostrada por la práctica clínica y no por la experimentación (serie de casos).
<b>B</b>	<b>2a</b>	Revisión Sistemática de estudios de cohorte retrospectiva o de grupos controles no tratados en un ensayo clínico aleatorio, con homogeneidad (resultados comparables y en la misma dirección).
	<b>2b</b>	Estudios de cohorte retrospectiva o seguimiento de controles no tratados en un ensayo clínico aleatorio, reglas de decisión diagnóstica (algoritmos de estimación o escalas que permiten estimar el pronóstico) validadas en muestras separadas.
	<b>2c</b>	Investigación de resultados en salud.
<b>C</b>	<b>4</b>	Series de casos y estudios de cohortes de pronóstico de baja calidad.
<b>D</b>	<b>5</b>	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita.

**Anexo A: Cuadro 9: Diagnóstico diferencial / estudio de prevalencia de síntomas.**

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

**Anexo A: Cuadro 10: Diagnóstico.**

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

**Anexo A: Cuadro 11: Análisis económico y análisis de decisiones.**

Grado de Recomendación	Nivel de Evidencia	Fuente
<b>A</b>	<b>1a</b>	Revisión sistemática de estudios económicos de nivel 1 con homogeneidad (resultados comparables y en la misma dirección).
	<b>1b</b>	Análisis basados en los costes clínicos o en sus alternativas, revisiones sistemáticas de la evidencia, e inclusión de análisis de sensibilidad.
	<b>1c</b>	Análisis en términos absolutos de riesgos y beneficios clínicos: claramente tan buenas o mejores, pero más baratas, claramente tan malas o peores, pero más caras.
<b>B</b>	<b>2a</b>	Revisión Sistemática de estudios económicos de nivel 2 (mediana calidad) con homogeneidad (resultados comparables y en la misma dirección).
	<b>2b</b>	Análisis basados en los costes clínicos o en sus alternativas, revisiones sistemáticas con evidencia limitada, estudios individuales, e inclusión de análisis de sensibilidad.
	<b>2c</b>	Investigación en Resultados en Salud.
	<b>3a</b>	Revisión sistemática de estudios económicos de nivel 3b o superiores, con homogeneidad (resultados comparables y en la misma dirección).
	<b>3b</b>	Análisis sin medidas de costes precisas, pero incluyendo un análisis de sensibilidad que incorpora variaciones clínicamente sensibles en las variables importantes
<b>C</b>	<b>4</b>	Análisis que no incluye análisis de la sensibilidad.
<b>D</b>	<b>5</b>	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita.

**Anexo B: Detalles Técnicos sobre la terapia de erradicación del *Helicobacter pylori*.**

**Cuadro 12: Indicaciones para una terapia de erradicación del *Helicobacter pylori*.**

	¿Erradicar?	Grado de Recomendación	Nivel de Evidencia
Úlcera Duodenal	Sí	A	1b
Úlcera Gástrica	Sí	A	1b
Linfoma de bajo grado tipo MALT	Sí	B	2b

**Cuadro 13: Opciones Terapéuticas**

Las terapias tri-asociadas, incluyendo dos antibióticos y un inhibidor de bomba, otorgan consistentemente una mayor curación

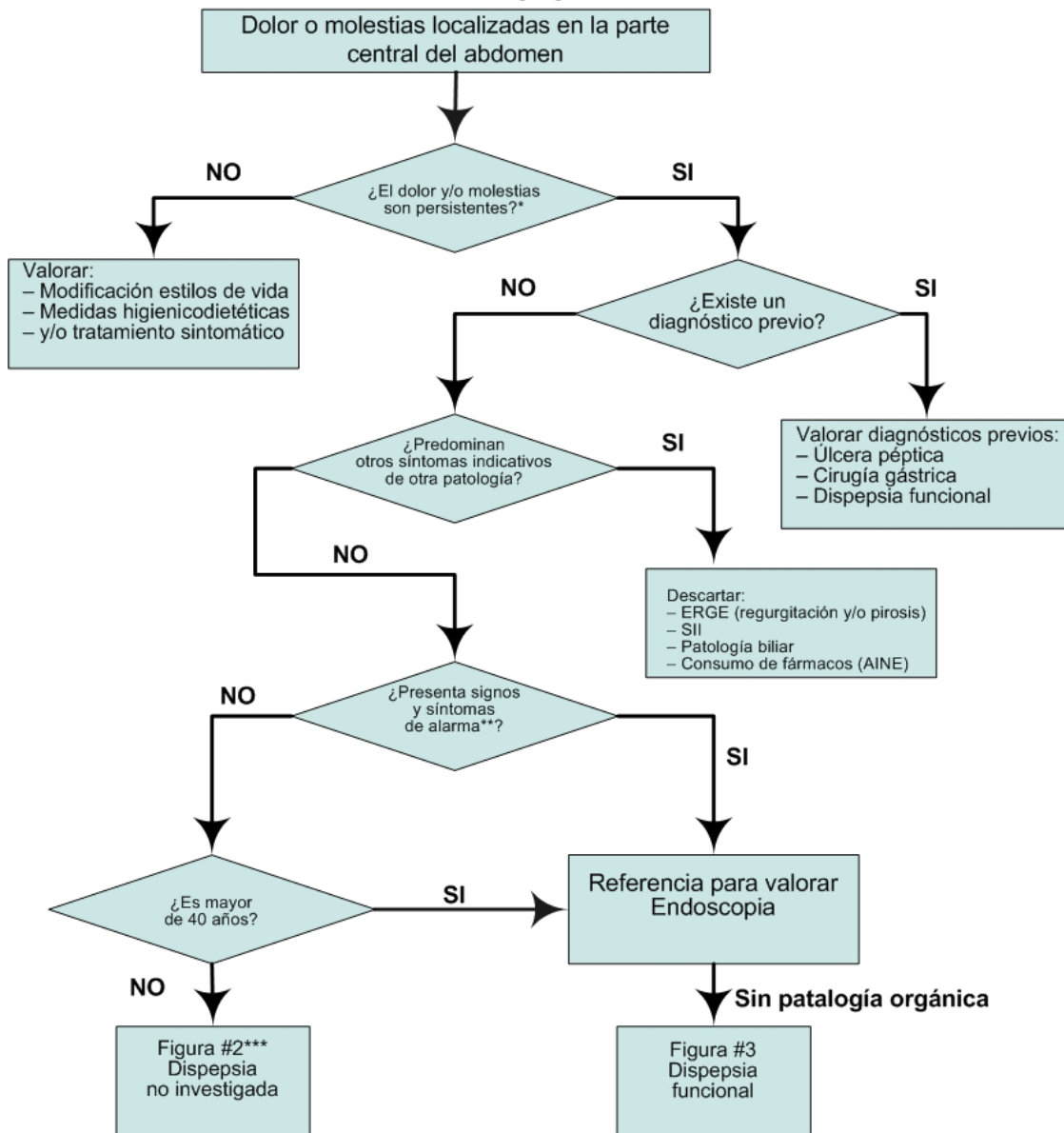
La resistencia al Metronidazol y la Claritromicina, demostrada por laboratorio, disminuyen la efectividad del tratamiento con estos antibióticos.

Dos semanas de terapia en comparación con 1 semana de terapia no incrementan el éxito terapéutico

Tomado de Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre dispepsia. Manejo del paciente con dispepsia. Guía de práctica clínica. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2003. Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica en Enfermedades Digestivas, desde la Atención Primaria a la Especializada: 3.

Anexo C: Algoritmos

Figura #1: Aproximación Inicial al Paciente con Síntomas Dispépticos

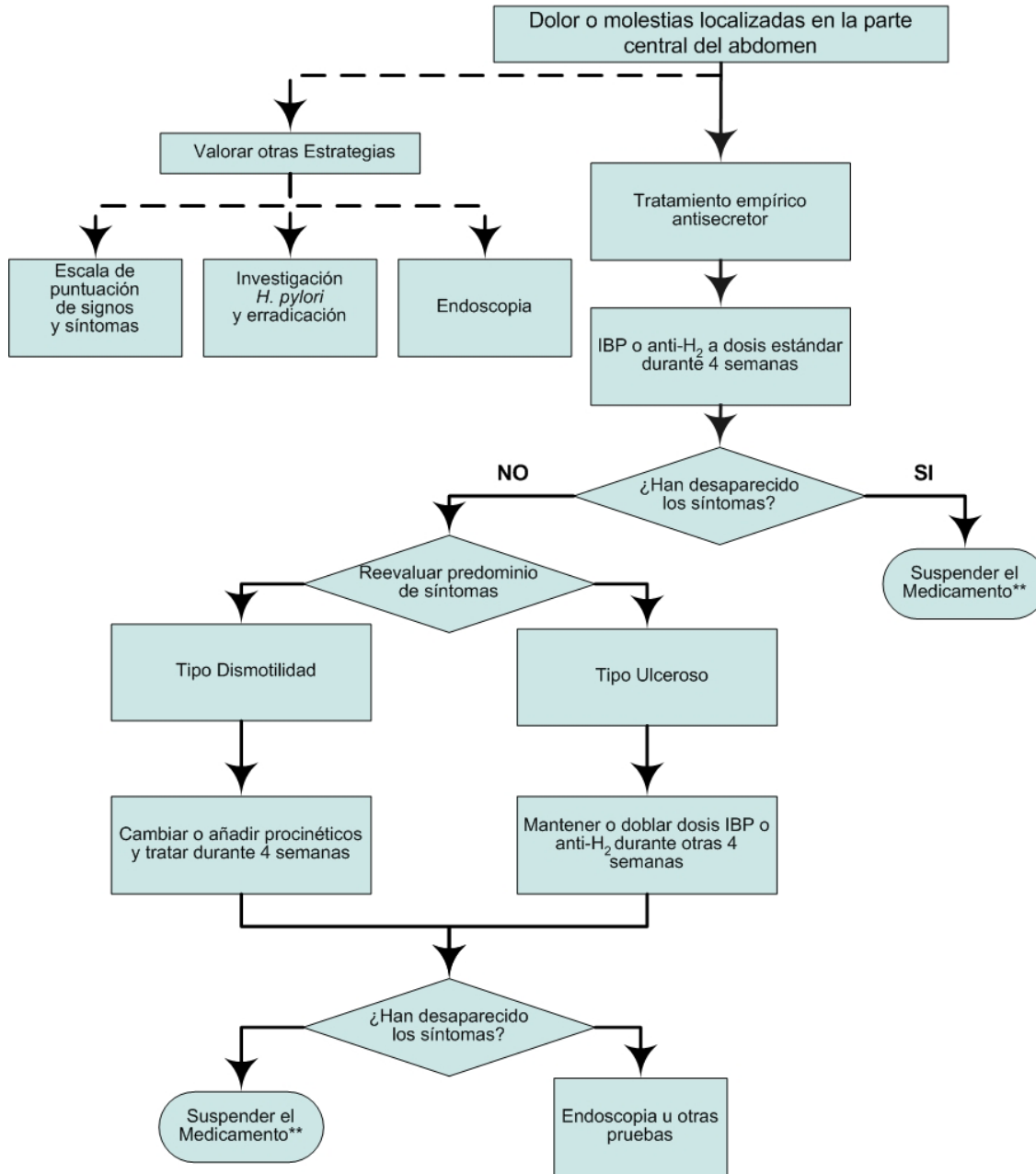


\* Presente al menos una cuarta parte de los días durante las últimas 4 semanas.  
 \*\* Pérdida de peso significativa no intencionada, vómitos importantes y recurrentes, disfagia, sangrado digestivo (hematemesis, melenas, anemia) y/o la presencia de una masa abdominal palpable.  
 \*\*\* Valorar la selección de los pacientes que podrían requerir endoscopia a partir de una escala de signos y síntomas de patología orgánica validada en el propio medio.

Tomado de Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre dispepsia. Manejo del paciente con dispepsia. Guía de práctica clínica. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2003. Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica en Enfermedades Digestivas, desde la Atención Primaria a la Especializada: 3.

Anexo C:

Figura #2: Manejo del Paciente con Dispepsia no Investigada



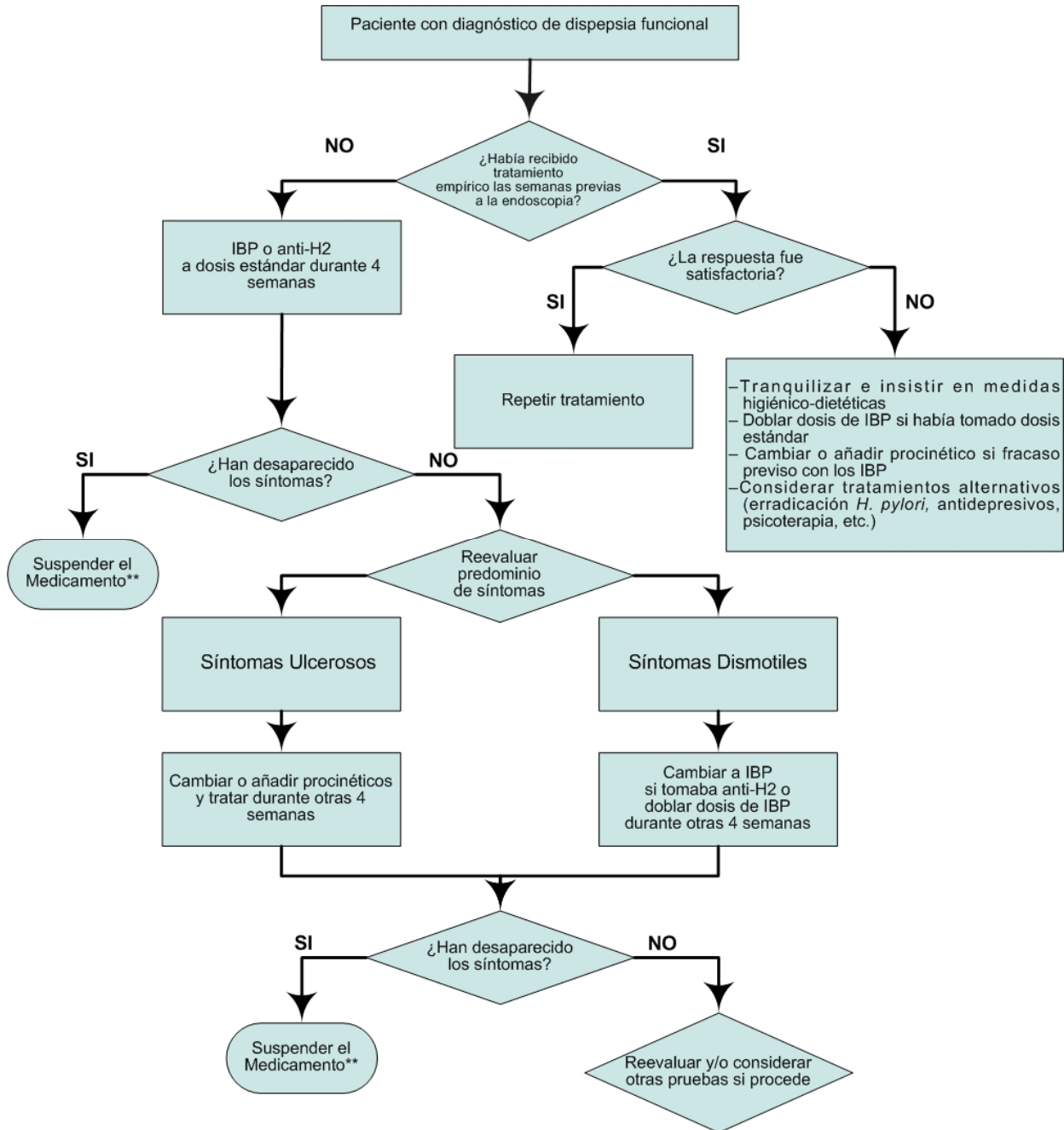
\* Pérdida de peso significativa no intencionada, vómitos importantes y recurrentes, disfagia, sangrado digestivo (hematemesis, melenas, anemia) y/o la presencia de una masa abdominal palpable.

\*\* Cuando ocurren recidivas sintomáticas en repetidas ocasiones, valorar la realización de una endoscopia o la investigación de *H. pylori* y tratamiento de erradicación.

Tomado de Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre dispepsia. Manejo del paciente con dispepsia. Guía de práctica clínica. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2003. Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica en Enfermedades Digestivas, desde la Atención Primaria a la Especializada: 3.

Anexo C:

Figura #3: Manejo del Paciente con Dispepsia Funcional (endoscopia negativa)



\*Si posteriormente los síntomas recidivan ensayar ciclos de tratamiento a demanda o intermitente.

Tomado de Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre dispepsia. Manejo del paciente con dispepsia. Guía de práctica clínica. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2003. Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica en Enfermedades Digestivas, desde la Atención Primaria a la Especializada: 3.

## Anexo D: Evidencia encontrada por la Búsqueda Sistemática:

### Guías Clínicas

1. Alberta CPG Working Group for Dispesia. Guideline for Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease (GERD) in Adults. Alberta Medical Association. 2001. **AGREE 59 %**
2. Evidence Based Medical Guidelines.© 2004 The Finnish Medical Society Duodecim:
  - a. Dyspepsia.
  - b. Treatment of Treatment of dyspepsia, peptic ulcer and helicobacter Infection.
3. National Guideline Research and Development Unit. Dyspepsia: managing adult patients in primary care. Newcastle: University of Newcastle, Centre for Health Services Research, 2003. Funded by NICE. 2004 **AGREE 92%**
4. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Clinical Guideline 68. Dyspepsia. A National Clinical Guideline. SIGN. March 2003. **AGREE 91 %**
5. *Brendan Delaney, Paul Moayyedi, and David Forman. Digestive System Disorders. Helicobacter pylori infection. Clin Evid 2004;11: 601–14.* **AGREE 68 %**
6. *Paul Moayyedi, Brendan Delaney, and David Forman. Digestive System Disorders. Gastro-oesophageal reflux disease. Clin Evid 2004;11: 583–600.* **AGREE 68 %**
7. American Gastroenterological Association medical position statement: evaluation of dyspepsia. Gastroenterology. 1998 Mar;114(3):579-81. **AGREE 52 %**
8. Alberta Medical Association. Guideline for Diagnosis and Treatment of Chronic Undiagnosed Dyspepsia in Adults. Alberta Clinical Practice Guidelines. 2003. **AGREE 65 %**
9. Equip North Essex Dyspepsia Guidelines - Testing for Helicobacter pylori. 1997. Equip on-line. **AGREE 45 %**
10. Equip North Essex Dyspepsia Guidelines -Investigation and Referral. 1997. Equip on-line. **AGREE 45 %**
11. Equip North Essex Dyspepsia Guidelines - Testing for Helicobacter pylori. 1997. Equip on-line. **AGREE 45 %**
12. Equip North Essex Dyspepsia Guidelines -Helicobacter pylori Eradication Therapy. 1997. Equip on-line. **AGREE 45 %**
13. Equip North Essex Dyspepsia Guidelines -'Reflux-Like' Dyspepsia. 1997. Equip on-line. **AGREE 45 %**
14. Equip North Essex Dyspepsia Guidelines - Helicobacter pylori. 1997. Equip on-line. **AGREE 45 %**

## Tratamiento de Dispepsia y Úlcera Péptica en el Primer y Segundo Nivel de Atención.

15. Equip North Essex Dyspepsia Guidelines - Dyspepsia - Definition and Diagnosis. 1997. Equip on-line. **AGREE 45 %**
16. Evidence-Based Best Practice Guideline: Management of Dyspepsia and Heartburn. New Zealand Guidelines Group (NZGG). 2004. **AGREE 95 %**
17. Primary Care Now. Suffolk consensus Dyspepsia guidelines. 2002. **AGREE 45 %**
18. Dyspepsia. Management Guidelines. British Society of Gastroenterology. 2002. **AGREE 70 %**
19. Sander J.O. Veldhuyzen van Zanten, Nigel Flook et all. An evidence-based approach to the management of uninvestigated dyspepsia in the era of *Helicobacter pylori*. CMAJ 2000;162(12 Suppl).2000. **AGREE 77 %**
20. Institute for Clinical System Improvement. Health Care Guideline. Dyspepsia. ICSI: January 2003. **AGREE 77 %**
21. PRODIGY Guidance - Dyspepsia - diagnosed gastro-oesophageal reflux disease. March 2004. **AGREE 53 %**
22. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre dispepsia. Manejo del paciente con dispepsia. Guía de práctica clínica. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2003. Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica en Enfermedades Digestivas, desde la Atención Primaria a la Especializada: 3. **AGREE 92 %**
23. Holbrook AM (Chair) for Ontario GI Therapy Review Panel. Ontario Guidelines for Peptic Ulcer Disease and Gastroesophageal Reflux. Toronto. First Edition. Queen's Printer of Ontario 2000. **AGREE 79 %**

Revisiones Sistemáticas de alta calidad:

1. **Moayyedi P, Soo S, Deeks J, Delaney B, Harris A, Innes M, Oakes R, Wilson S, Roalfe A, Bennett C, Forman D.** Eradication of *Helicobacter pylori* for non-ulcer dyspepsia (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
2. **Shukla VK, Otten N, Dubé C and Moher D.** Use of cisapride in patients with nonulcer dyspepsia: a meta-analysis of randomized trials. Ottawa: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA); 2000.
3. **Delaney BC, Moayyedi P, Forman D** Initial management strategies for dyspepsia (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
4. **Moayyedi P, Soo S, Deeks J, Delaney B, Innes M, Forman D** Pharmacological interventions for non-ulcer dyspepsia (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
5. **Soo S, Moayyedi P, Deeks J, Delaney B, Lewis M, Forman D** Psychological interventions for non-ulcer dyspepsia (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

1a

