

Dispepsia

Fecha de la última revisión: 11/12/2016

Cursos Fisterra relacionados:

- [Actualización problemas clínicos en A...](#)

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cómo se diagnostica?](#)
3. [¿Cómo se trata?](#)
4. [Bibliografía](#)
5. [Más en la red](#)
6. [Autores](#)

¿De qué hablamos?

No hay un acuerdo general acerca de la definición de dispepsia, que puede incluir diferentes síntomas que se consideren originados en el tracto gastrointestinal superior: epigastralgia, ardor de estómago, hinchazón posprandial, saciedad precoz o náusea y vómitos. Algunos autores incluyen incluso pirosis y regurgitación de la comida, síntomas sugestivos de reflujo gastroesofágico, aunque la mayoría los excluyen (NICE, 2014; Ford AC, 2013; Gisbert JP, 2012). Existen tablas con criterios formales para la definición, los más utilizados son los de [Rome Foundation](#) (III y IV).

Cuando los síntomas son persistentes (haber aparecido al menos 6 meses antes del diagnóstico y estar activos durante al menos 3 meses) y no se identifica una causa tras una endoscopia superior (70-80% casos), se habla de dispepsia funcional (NICE, 2014; Ford AC, 2013; Gisbert JP, 2012).

Lógicamente los estudios de prevalencia varían mucho según la definición utilizada, el país y la población estudiada, en todo caso está entre el 25 y el 40%. Aquellos cuya definición es más imprecisa son los que encontraron porcentajes más elevados (Ford AC, 2015; NICE, 2014; Talley NJ, 2005). Es más prevalente en la mujer (Ford AC, 2015). En nuestro medio se estima que supone el 8% de las consultas de atención primaria (Gisbert JP, 2012).

Los síntomas dispépticos pueden tener diversas causas orgánicas. Las más importantes son: reflujo gastroesofágico, cáncer de esófago, cáncer gástrico, enfermedad ulcerosa péptica y duodenitis erosiva.

Existen diversos factores que se han relacionado con la dispepsia funcional:

- Gastroenteritis aguda, el riesgo de desarrollar una dispepsia aumenta tras una gastroenteritis aguda (Pike BL, 2013).
- Es controvertido que la infección por *Helicobacter pylori* pueda producir síntomas de dispepsia, aunque algunos pacientes refieren mejorar tras la erradicación (Kim SE, 2014; Fock KM, 2011).
- Tabaco y antiinflamatorios no esteroideos, pero no alcohol ni café, se asociaron a dispepsia (Ford AC, 2015; Shaib Y, 2004; Gisbert JP, 2012).
- Hay una fuerte superposición entre el síndrome del intestino irritable, el reflujo gastroesofágico y la dispepsia (Ford AC, 2013).

¿Cómo se diagnostica?

Una historia clínica detallada y una exploración física completa son importantes en la evaluación del paciente con dispepsia, aunque con ellas no se puede predecir qué pacientes sin síntomas de alarma, tendrán un diagnóstico endoscópico normal (Moayyedi P, 2006; Danish Dyspepsia Study Group, 2001). Hasta un 20% de pacientes con dispepsia tienen alteraciones endoscópicas relevantes, siendo las más frecuentes esofagitis erosiva (13.4%) y úlcera péptica (8.0%) (Ford AC, 2010).

Una analítica básica puede ser útil para sospechar o descartar anemia, patología hepatobiliar o pancreática (Zagari RM, 2008).

Atención especial merecen estos síntomas o signos de alarma a la hora de diseñar las estrategias diagnósticas:

- Pérdida de peso significativa no intencionada.
- Vómitos persistentes.
- Disfagia.
- Sangrado digestivo (hematemesis o melenas).
- Anemia ferropénica.
- Cirugía gástrica previa.
- Presencia de masa abdominal palpable.

Ante cualquiera de esos síntomas debe realizarse una endoscopia digestiva. También se valorará como prueba preferente en personas mayores de 55 años o cuando haya antecedentes familiares de una neoplasia de tracto gastrointestinal superior (Talley NJ, 2005; NICE, 2014). Algunas guías sitúan el punto de corte en los 50 años (ASGE, 2015).

Si el paciente está tomando un antiinflamatorio no esteroideo, podría suspenderse, añadir un IBP y reevaluar a las 3-4 semanas.

En pacientes sin síntomas de alarma, menores de 55 años y sin antecedentes familiares de una neoplasia de tracto gastrointestinal superior, puede hacerse un test para *Helicobacter pylori*, tratar si es positivo y reevaluar en 4-6 semanas. Si no se aprecia mejora, indicar endoscopia.

Algunos autores condicionan la elección entre test de *Helicobacter pylori* o prueba de tratamiento con IBP a la prevalencia de la infección en esa población general (ASGE, 2015).

¿Cómo se trata?

En caso de dispepsia orgánica el tratamiento debe ser causal. En caso de dispepsia funcional considerar:

Dieta: aunque hay pocas evidencias y sólo en base a estudios observacionales, es aconsejable evitar café y alcohol, dejar de fumar y evitar alimentos que causen

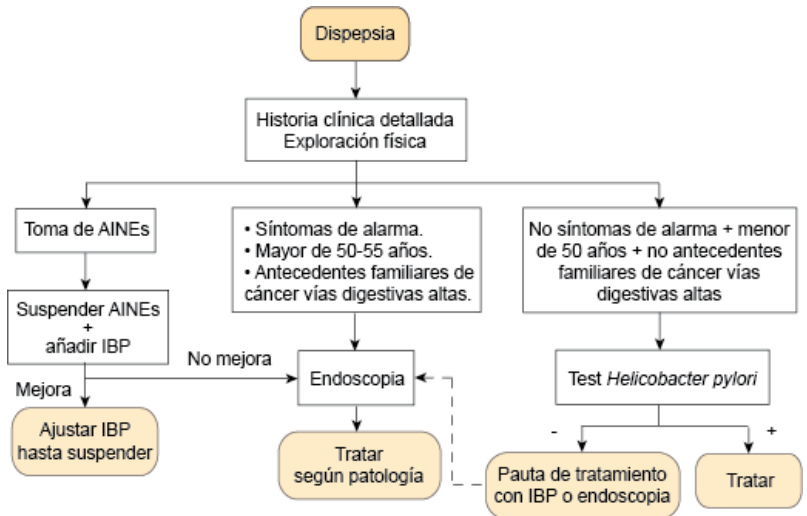
molestias o empeoren los síntomas (NICE, 2014; SIGN, 2003).

Infección por *Helicobacter pylori*: en pacientes sin síntomas de alarma, menores de 55 años y sin antecedentes familiares de cáncer de vías digestivas altas, la mayoría de sociedades aconsejan testar y tratar *Helicobacter pylori* (NICE, 2014; SIGN, 2003; Gisbert JP, 2012).

Antisecretores (antiH2 e IBP): algunas guías recomiendan su uso en pacientes de bajo riesgo sin síntomas de alarma durante 4 semanas como tratamiento de prueba cuando no haya síntomas de reflujo gastroesofágico ni toma de AINEs o en la dispepsia funcional diagnosticada tras descartar una patología orgánica con una endoscopia alta (NICE, 2014; SIGN, 2003; Gisbert JP, 2012).

Si tras esas semanas los síntomas mejoran pueden retirarse los IBP y en caso de recaída ajustar a la mínima dosis eficaz para controlar los síntomas y valorar la autogestión de la medicación según síntomas (ASGE, 2015).

Procinéticos: su eficacia en la dispepsia es controvertida, aunque podrían tener un moderado efecto beneficioso en pacientes que no respondan a los IBP en los que se haya descartado un proceso orgánico (Talley NJ, 2005; NICE, 2014).



Algoritmo de manejo de la dispepsia en el adulto

Bibliografía

- ASGE Standards of Practice Committee, Shaukat A, Wang A, Acosta RD, Bruining DH, Chandrasekhara V, Chathadi KV, et al. The role of endoscopy in dyspepsia. *Gastrointest Endosc.* 2015;82(2):227-32. PubMed [PMID: 26032200](#)
- Danish Dyspepsia Study Group. Value of the unaided clinical diagnosis in dyspeptic patients in primary care. *Am J Gastroenterol.* 2001;96(5):1417-21. PubMed [PMID: 11374676](#)
- Fock KM. Functional dyspepsia, *H. pylori* and post infectious FD. *J Gastroenterol Hepatol.* 2011;26 Suppl 3:39-41. PubMed [PMID: 21443707](#)
- Ford AC, Marwaha A, Sood R, Moayyedi P. Global prevalence of, and risk factors for, uninvestigated dyspepsia: a meta-analysis. *Gut.* 2015;64(7):1049-57. PubMed [PMID: 25147201](#)
- Ford AC, Moayyedi P. Dyspepsia. *BMJ.* 2013;347:f5059. PubMed [PMID: 23990632](#)
- Gisbert JP, Calvet X, Ferrándiz J, Mascort J, Alonso-Coello P, Marzo M; Asociación Española de Gastroenterología; Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; Centro Cochrane Iberoamericano. Manejo del paciente con dispepsia. Guía de práctica clínica. Actualización 2012. *Aten Primaria.* 2012;44(12):727.e1-38. PubMed [PMID: 23036729](#). [Texto completo](#)
- Kim SE, Park HK, Kim N, Joo YE, Baik GH, Shin JE, et al. Prevalence and risk factors of functional dyspepsia: a nationwide multicenter prospective study in Korea. *J Clin Gastroenterol.* 2014;48(2):e12-8. PubMed [PMID: 23632355](#)
- Moayyedi P, Talley NJ, Fennerty MB, Vakil N. Can the clinical history distinguish between organic and functional dyspepsia? *JAMA.* 2006;295(13):1566-76. PubMed [PMID: 16595759](#)
- National Institute for Health and Care Excellence. Gastro-oesophageal reflux disease and dyspepsia in adults: investigation and management. Clinical guideline [CG184] 2014. [Texto completo](#)
- Pike BL, Porter CK, Sorrell TJ, Riddle MS. Acute gastroenteritis and the risk of functional dyspepsia: a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol.* 2013;108(10):1558-63. PubMed [PMID: 23711623](#)
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network: Dyspepsia: a National Clinical Guideline. March, 2003.
- Shaib Y, El-Serag HB. The prevalence and risk factors of functional dyspepsia in a multiethnic population in the United States. *Am J Gastroenterol.* 2004;99(11):2210-6. PubMed [PMID: 15555004](#)
- Talley NJ, Vakil N; Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Guidelines for the management of dyspepsia. *Am J Gastroenterol.* 2005 Oct;100(10):2324-37. PubMed [PMID: 16181387](#)
- Zagari RM, Fuccio L, Bazzoli F. Investigating dyspepsia. *BMJ.* 2008 Sep 15;337:a1400. PubMed [PMID: 18794180](#)

Más en la red

- ASGE Standards of Practice Committee, Shaukat A, Wang A, Acosta RD, Bruining DH, Chandrasekhara V, Chathadi KV, et al. The role of endoscopy in dyspepsia. *Gastrointest Endosc.* 2015;82(2):227-32. PubMed [PMID: 26032200](#)
- Ford AC, Moayyedi P. Dyspepsia. *BMJ.* 2013;347:f5059. PubMed [PMID: 23990632](#)
- Gisbert JP, Calvet X, Ferrándiz J, Mascort J, Alonso-Coello P, Marzo M; Asociación Española de Gastroenterología; Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; Centro Cochrane Iberoamericano. Manejo del paciente con dispepsia. Guía de práctica clínica. Actualización 2012. *Aten Primaria.* 2012;44(12):727.e1-38. PubMed [PMID: 23036729](#). [Texto completo](#)
- National Institute for Health and Care Excellence. Gastro-oesophageal reflux disease and dyspepsia in adults: investigation and management. Clinical guideline [CG184] 2014. [Texto completo](#)

Autores

■ Arturo Louro González

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (1)

- Carmen Castiñeira Pérez Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (2)
- Natalia Gómez Gómez Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria (1)

(1) Servicio de Atención Primaria de San José. Servizo Galego de Saúde. A Coruña. España.
(2) Servicio de Atención Primaria de Fingoy. Servicio Galego de Saúde. Lugo. España.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

