



Gobierno Regional
CUSCO

Gerencia Regional de
Salud

Hospital Antonio Lorena
Departamento de Medicina



“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra
Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas

HOSPITAL ANTONIO LORENA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA Y ESPECIALIDADES MEDICAS

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA:
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA
DISPEPSIA

CUSCO

2024



Calle Carlos Ugarte s/n Urb. Primavera –
Santiago

Portal web:

<http://hospitalantoniolorena.gob.pe>



Comprometidos con la
salud de la población



BICENTENARIO
DEL PERÚ
2021 - 2024



Resolución Directoral

Cusco, 12 NOV 2024

VISTO: el Expediente N° 10551-2024, que contiene el INFORME N° 311-2024 JOGC/HAL-GRSC, de fecha 15 de octubre del 2024, emitido por la Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Antonio Lorena;

CONSIDERANDO:

Que, los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, establecen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, mediante Decreto Supremo N° 013-2006-SA, se aprobó el "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", que tiene por objetivo establecer los requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, orientados a garantizar la calidad de sus prestaciones, así como los mecanismos para la verificación, control y evaluación de su cumplimiento;

Que, el segundo párrafo del Artículo 5° del acotado Reglamento, establece que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo deben contar, en cada área, unidad o servicio, con manuales de procedimientos, guías de práctica clínica referidos a la atención de los pacientes, personal, suministros, mantenimiento, seguridad, y otros que sean necesarios, según sea el caso;

Que, con Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, fue aprobada la NTS N° 117-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud" que tiene por finalidad contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones en salud, respaldadas por Guías de Práctica Clínica, basada en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud, así como la optimización y racionalización del uso de los recursos;

Que, con Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA, se aprobó el documento Técnico: "Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica", cuya finalidad es contribuir a la mejora de la calidad de la atención en salud con énfasis en la eficiencia, efectividad y seguridad; a través de la formulación de Guías de Práctica Clínicas que respondan a las prioridades nacionales, regionales y/o local;

Que, mediante INFORME S/N de fecha 11 de octubre del 2024, el Jefe del Departamento de Medicina remitió a la Oficina de Gestión de la Calidad, la "Guía de Práctica Clínica: Diagnostico y Tratamiento de la Dispepsia" Adaptada por el Departamento de Medicina para su aprobación, la misma que tiene por finalidad contribuir con recomendaciones acerca del manejo óptimo de la dispepsia en el ámbito de la atención ambulatoria del Hospital Antonio Lorena del Cusco, y así optimizar el uso adecuado de los recursos sanitarios disponibles;

Que, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, a través del INFORME N° 311-2024 JOGC-HAL-GRSC, de fecha 15 de octubre del 2024, en el ámbito de sus competencias funcionales solicita la aprobación mediante Resolución Directoral de la Guía de Práctica Clínica Adopta por el Departamento de Medicina y Especialidades, señalando que la Guía ha sido aprobada por el Comité de Gestión y Adherencia de las Guías de Práctica Clínica del Hospital Antonio Lorena 2024, para su adopción y cumplimiento en nuestra institución;

Con la finalidad de continuar el desarrollo de las actividades institucionales, y alcanzar los objetivos y metas como entidad hospitalaria; resulta pertinente emitir el acto resolutorio que apruebe la Guía Práctica Clínica Adoptada por el Departamento de Medicina y Especialidades Médicas del Hospital Antonio Lorena;

Con las visaciones de la Dirección de Administración, la Unidad de Gestión de Recursos Humanos y de Asesoría Legal Externa del Hospital Antonio Lorena;





Resolución Directoral

Cusco, 12 NOV 2024

En uso de las atribuciones y facultades conferidas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Antonio Lorena, aprobado mediante Ordenanza Regional N° 082-2014-CR/GRC.CUSCO;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- APROBAR la Guía de Práctica Clínica Adoptada por el Departamento de Medicina y Especialidades Médicas del Hospital Antonio Lorena, la misma que en anexo adjunto debidamente visados forma parte integrante de la presente Resolución, conforme el detalle siguiente:

- **GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DISPEPSIA**, conteniendo 22 folios.

ARTÍCULO 2°.- DISPONER que el Departamento de Medicina se encargue de la adecuación, implementación, difusión y supervisión del cumplimiento de la "Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento de la Dispepsia", adoptada en el artículo primero de la presente Resolución.

ARTÍCULO 3°.- DISPONER la publicación de la presente Resolución Directoral en el portal web Institucional del Hospital Antonio Lorena.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL ANTONIO LORENA

ORIGINAL FIRMADO

.....
Dr. Dennis Fernando Mendoza Gamarra
DIRECTOR EJECUTIVO DEL HAL
CMP: 38244 RNE: 28701





Resolución Directoral

Cusco, 12 NOV 2024

VISTO: el Expediente N° 10551-2024, que contiene el INFORME N° 311-2024 JOGC/HAL-GRSC, de fecha 15 de octubre del 2024, emitido por la Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Antonio Lorena;

CONSIDERANDO:

Que, los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, establecen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, mediante Decreto Supremo N° 013-2006-SA, se aprobó el "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", que tiene por objetivo establecer los requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, orientados a garantizar la calidad de sus prestaciones, así como los mecanismos para la verificación, control y evaluación de su cumplimiento;

Que, el segundo párrafo del Artículo 5° del acotado Reglamento, establece que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo deben contar, en cada área, unidad o servicio, con manuales de procedimientos, guías de práctica clínica referidos a la atención de los pacientes, personal, suministros, mantenimiento, seguridad, y otros que sean necesarios, según sea el caso;

Que, con Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, fue aprobada la NTS N° 117-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud" que tiene por finalidad contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones en salud, respaldadas por Guías de Práctica Clínica, basada en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud, así como la optimización y racionalización del uso de los recursos;

Que, con Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA, se aprobó el documento Técnico: "Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica", cuya finalidad es contribuir a la mejora de la calidad de la atención en salud con énfasis en la eficiencia, efectividad y seguridad; a través de la formulación de Guías de Práctica Clínicas que respondan a las prioridades nacionales, regionales y/o local;

Que, mediante INFORME S/N de fecha 11 de octubre del 2024, el Jefe del Departamento de Medicina remitió a la Oficina de Gestión de la Calidad, la "Guía de Práctica Clínica: Diagnostico y Tratamiento de la Dispepsia" Adaptada por el Departamento de Medicina para su aprobación, la misma que tiene por finalidad contribuir con recomendaciones acerca del manejo óptimo de la dispepsia en el ámbito de la atención ambulatoria del Hospital Antonio Lorena del Cusco, y así optimizar el uso adecuado de los recursos sanitarios disponibles;

Que, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, a través del INFORME N° 311-2024 JOGC-HAL-GRSC, de fecha 15 de octubre del 2024, en el ámbito de sus competencias funcionales solicita la aprobación mediante Resolución Directoral de la Guía de Práctica Clínica Adopta por el Departamento de Medicina y Especialidades, señalando que la Guía ha sido aprobada por el Comité de Gestión y Adherencia de las Guías de Práctica Clínica del Hospital Antonio Lorena 2024, para su adopción y cumplimiento en nuestra institución;

Con la finalidad de continuar el desarrollo de las actividades institucionales, y alcanzar los objetivos y metas como entidad hospitalaria; resulta pertinente emitir el acto resolutorio que apruebe la Guía Práctica Clínica Adoptada por el Departamento de Medicina y Especialidades Médicas del Hospital Antonio Lorena;

Con las visaciones de la Dirección de Administración, la Unidad de Gestión de Recursos Humanos y de Asesoría Legal Externa del Hospital Antonio Lorena;





Resolución Directoral

Cusco, 12 NOV 2024

En uso de las atribuciones y facultades conferidas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Antonio Lorena, aprobado mediante Ordenanza Regional N° 082-2014-CR/GRC.CUSCO;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- APROBAR la Guía de Práctica Clínica Adoptada por el Departamento de Medicina y Especialidades Médicas del Hospital Antonio Lorena, la misma que en anexo adjunto debidamente visados forma parte integrante de la presente Resolución, conforme el detalle siguiente:

- **GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DISPEPSIA**, conteniendo 22 folios.

ARTÍCULO 2°.- DISPONER que el Departamento de Medicina se encargue de la adecuación, implementación, difusión y supervisión del cumplimiento de la "Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento de la Dispepsia", adoptada en el artículo primero de la presente Resolución.

ARTÍCULO 3°.- DISPONER la publicación de la presente Resolución Directoral en el portal web Institucional del Hospital Antonio Lorena.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL ANTONIO LORENA

ORIGINAL FIRMADO

Dr. Dennis Fernando Mendoza Gamarra
DIRECTOR EJECUTIVO DEL HAL
CMP: 38244 RNE: 28701



“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DISPEPSIA

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| A. METODOLOGÍA | 3 |
| 1. INTRODUCCIÓN | 3 |
| 2. ETAPAS Y PASOS PARA LA ELABORACIÓN DE LA GPC | 3 |
| 2.1. ETAPA I: PREPARACIÓN | 3 |
| 2.2. ETAPA II: FORMULACIÓN DE LA GPC | 3 |
| 2.3. ETAPA III: BÚSQUEDA Y EVALUACIÓN DE GPC EXISTENTES | 4 |
| 2.4. ETAPA IV: DESARROLLO DE UNA GPC | 5 |
| 2.5. ETAPA V: REDACCIÓN DE LA GPC | 6 |
| 2.6. ETAPA VI: VALIDACIÓN DE LA GPC | 6 |
| 2.7. ANEXO: ACTUALIZACIÓN DE LA GPC | 6 |
| B. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DISPEPSIA | 7 |
| I. FINALIDAD. | 7 |
| II. OBJETIVO. | 7 |
| III. ÁMBITO DE APLICACIÓN. | 7 |
| IV. PROCESO A ESTANDARIZAR: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DISPEPSIA | 7 |
| 4.1. NOMBRE Y CÓDIGO | 7 |
| V. CONSIDERACIONES GENERALES. | 7 |
| 5.1. DEFINICIÓN | 7 |
| 5.2. ETIOLOGÍA | 10 |
| 5.3. FISIOPATOLOGÍA | 10 |
| 5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS | 11 |
| 5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS | 11 |
| 5.5.1. Medio Ambiente | 11 |
| 5.5.2. Estilos de Vida | 11 |
| 5.5.3. Factores hereditarios | 11 |
| VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS | 11 |
| 6.1. CUADRO CLÍNICO | 11 |
| 6.1.1. Signos y Síntomas | 11 |
| 6.1.2. Interacción cronológica | 12 |
| 6.2. DIAGNÓSTICO | 12 |
| 6.2.1. Criterios de Diagnóstico | 12 |
| 6.2.2. Diagnóstico diferencial | 13 |
| 6.3. EXÁMENES AUXILIARES | 13 |
| 6.3.1. De Patología Clínica | 13 |
| 6.3.2. De imágenes | 13 |
| 6.3.3. De Exámenes especializados complementarios | 13 |
| 6.4. MANEJO SEGÚN UPSS EN NIVEL III DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA | |
| 6.4.1. Medidas generales y preventivas | 14 |



Calle Carlos Ugarte s/n Urb. Primavera –
Santiago

Portal web:

<http://hospitalantoniolorena.gob.pe>



Comprometidos con la
salud de la población



BICENTENARIO
DEL PERÚ
2021 - 2024

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

| | |
|--|----|
| 6.4.2. Terapéutica | 14 |
| 6.4.3. Efectos adversos o colaterales con el tratamiento | 18 |
| 6.4.4. Signos de alarma | 18 |
| 6.4.5. Criterios de Alta | 18 |
| 6.4.6. Pronóstico | 19 |
| 6.5. COMPLICACIONES | 19 |
| 6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA | 19 |
| 6.7. FLUXOGRAMA | 20 |
| VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS O BIBLIOGRAFÍA | 21 |



Calle Carlos Ugarte s/n Urb. Primavera –
Santiago

Portal web:

<http://hospitalantoniolorena.gob.pe>

 Comprometidos con la
salud de la población



BICENTENARIO
DEL PERÚ
2021 - 2024



“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

A. METODOLOGÍA

1. INTRODUCCIÓN

La dispepsia se define como la presencia de dolor o malestar localizado a nivel central de la región abdominal superior de manera crónica o recurrente (1). En Estados Unidos y en España se estima una prevalencia de 25% (1) y de 24-28% (9) respectivamente. En Perú se sabe que existe una prevalencia de dispepsia selectiva a alimentos de 54% (10). La dispepsia no investigada se clasifica en dos grandes grupos, orgánica y funcional, perteneciendo aproximadamente dos tercios al último grupo (11). La dispepsia orgánica es ocasionada por enfermedades del tracto gastrointestinal, por enfermedades sistémicas o por medicamentos; mientras que la dispepsia funcional se diagnostica luego de descartar, mediante exámenes auxiliares, cualquier causa orgánica que explique los síntomas.

2. ETAPAS Y PASOS PARA LA ELABORACIÓN DE UNA GPC

2.1. ETAPA I: PREPARACIÓN

Paso 1: Priorización y selección del tópico de la GPC

La dispepsia es un problema muy frecuente en la población general. Se estima una prevalencia de 25% en los Estados Unidos y otros países occidentales; de la misma forma en nuestro medio representa una causa frecuente de atención en consulta externa.

Si bien la dispepsia es muy frecuente causa de visita al médico, su definición, entendimiento y tratamiento sigue siendo confusa tanto para médicos como para pacientes. Es impresionante las diferentes apreciaciones que tienen los pacientes y las diferentes formas de describir las molestias, es por ello que exista controversia a pesar de su entidad tan común.

2.2. ETAPA II: FORMULACIÓN DE LA GPC

Paso 2: Constitución del Grupo Elaborador de la GPC (GEG)

Líder: M.C. Katherine Guzmán Cáceres

Integrantes:

- M.C. Yolanda Surco Ochoa
- M.C. Jhovani Rodríguez Carbajal
- M.C Jimmy Roberto Flores Zambrano



Calle Carlos Ugarte s/n Urb. Primavera –
Santiago

Portal web:

<http://hospitalantoniolorena.gob.pe>

Comprometidos con la
salud de la población



BICENTENARIO
DEL PERÚ
2021 - 2024



“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

Paso 3: Declaración de Conflicto de Intereses

Todos los miembros del GEG manifiestan no tener Conflictos de Interés.

Paso 4: Formulación de las preguntas clínicas de la GPC

La presente GPC pretende abordar el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con dispepsia por la labor de nuestra institución categorizada como 3 – I.

La pregunta de trabajo fue:

¿Qué Guías de Práctica Clínica sobre el diagnóstico y tratamiento de dispepsia en mayores de 18 años existen basada en la evidencia que pueden adaptarse a nuestro medio?

2.3. ETAPA III: BÚSQUEDA Y EVALUACIÓN DE GPC EXISTENTES

Paso 5: Búsqueda sistemática de GPC

Se realizó una búsqueda sistemática en internet basado en la palabra dispepsia, guías de Práctica Clínica y recomendaciones, publicaciones de trabajos de investigación local y nacional.

1. Tack J, En Mark Feldman LS, Friedman LJ, Sleisenger and Fordtran. Gastrointestinal and liver disease. Philadelphia: Elsevier; 2016.
2. Longstreth G, Lacy B. Approach to the adult with dyspepsia. Uptodate. En: Wolters Kluwer [internet. 2019.
3. Sebastián J. Los nuevos criterios de Roma (IV) de los trastornos funcionales digestivos en la práctica clínica. Med Clin. 2017;12.
4. Moayyedi P, Lacy BE, Andrews CN, Enns RA, Howden CW, Vakil N. ACG and CAG clinical guideline: Management of dyspepsia. Am J Gastroenterol [Internet]. 2017;112(7):988–1013. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/ajg.2017.154>
5. Longstreth G, Lacy B. Functional dyspepsia in adults. Uptodate. Wolters Kluwer;
6. Madisch A, Andresen V, Enck P, Labenz J, Frieling T, Schemann M. The diagnosis and treatment of functional dyspepsia. Dtsch Arztebl Int [Internet]. 2018; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3238/arztebl.2018.0222>

Paso 6: Evaluación preliminar de las GPC identificadas

Valorando las búsquedas de información múltiples en bases de datos; observando que es replicable la búsqueda de evidencia primaria; con año de publicación reciente, con similitud de la población objetivo y la coincidencia con el tópico de estudio.



“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

Se tomó como base la GPC publicada en el *American Journal of Gastroenterology* “*Management of Dyspepsia*” por ser la más cercana a nuestra realidad.

Paso 7: Evaluación de la calidad de las GPC identificadas

Se utilizó el instrumento AGREE II, con 2 revisores y puntaje promedio aprobatorio o mayor de 60%.

- Con una puntuación de la calidad en la evaluación global de la GPC mayor al 60%, según el AGREE II.
- Con puntuación de la calidad >60% en los siguientes dominios: alcance y objetivos, rigor metodológico y aplicabilidad, según el AGREE II.

La GPC seleccionada fue:

- Guía De Práctica Clínica “Tratamiento de Dispepsia” publicado en el *American Journal of Gastroenterology*.

Paso 8: Decisión de desarrollar una GPC de novo o desarrollar una GPC adaptada

Se establece que la GPC seleccionada cumple los requisitos para ser adaptada en cuanto a un adecuado rigor metodológico, independencia editorial, fecha, objetivos buscados y el tiempo de formulación, además del uso de la metodología GRADE por lo que se analizan las recomendaciones y se procede a la adaptación de la GPC y su redacción.

2.4. ETAPA IV: DESARROLLO DE UNA GPC

Opción B. Desarrollo de la GPC adaptada

Paso 9B: Evaluación del cuerpo de la evidencia

El GEG cuenta con GPC que cumplen los criterios de los pasos previos: coinciden con el tópico de interés, objetivo y alcance, teniendo una calidad adecuada.

Paso 10B: Evaluación de la aceptabilidad y aplicabilidad de las recomendaciones

- Se evaluó si la recomendación sería aceptada por la población objetivo (aceptabilidad).
- Se evaluó si la recomendación podría ser puesta en práctica, teniendo en consideración los recursos y barreras locales (aplicabilidad).

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

Paso 11B: Adopción de la recomendación

Se adoptaron todas las recomendaciones que cuentan con evidencia actualizada, que han sido evaluadas con metodología sistemática y transparente, y resultan aplicables y aceptables en el contexto local del HAL en el Cusco.

2.5. ETAPA V: REDACCIÓN DE LA GPC

Paso 12: Redacción del borrador de GPC

Se procedió a la redacción del documento GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DISPEPSIA

2.6. ETAPA VI: VALIDACIÓN DE LA GPC

Paso 13: Consulta con los grupos de interés

No se realizó validación con otros grupos de interés.

Paso 14: Revisión externa (revisión por pares)

No hubo pares externos.

2.7. ANEXO: ACTUALIZACIÓN DE LA GPC

Se encarga a los miembros del GEG revisar bibliografía actualizada por meses y de acuerdo a lo encontrado y a su participación en Foros y/o Congresos Nacionales y/o Internacionales, evaluar la necesidad de actualizar la GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DISPEPSIA

| INTEGRANTE/MES 2024 | E | F | M | A | M | J | J | A | S | O | N | D |
|--------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M.C. Katherine Guzmán Cáceres | X | X | X | | | | | | | | | |
| M.C. Yolanda Surco Ochoa | | | | X | X | X | | | | | | |
| M.C. Jhovani Rodríguez Carbajal | | | | | | | X | X | X | | | |
| M.C Jimmy Roberto Flores Zambrano | | | | | | | | | | X | X | X |



“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

B. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DISPEPSIA

I. FINALIDAD.

Contribuir con recomendaciones acerca del manejo óptimo de la dispepsia en el ámbito de la atención ambulatoria del Hospital Antonio Lorena del Cusco, y así optimizar el uso adecuado de los recursos sanitarios disponibles.

II. OBJETIVOS.

2.1. Identificando a los pacientes con sintomatología de dispepsia sin signos de alarma, los cuales podrían ser manejados de forma segura sin necesidad de realizar pruebas diagnósticas invasivas.

2.2. Identificar aquellos pacientes con síntomas de dispepsia y signos de alarma que requerirán estudio endoscópico.

2.3. Describir el tratamiento adecuado en cada uno de los casos, según los últimos hallazgos de la literatura internacional.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN.

La presente Guía de Práctica Clínica es de aplicación por el personal profesional encargado de la atención de la salud en el Hospital Antonio Lorena del Cusco.

IV. PROCESO A ESTANDARIZAR: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DISPEPSIA

4.1. CÓDIGO CIE 10 Y NOMBRE:

K30.X Dispepsia

V. CONSIDERACIONES GENERALES.

5.1. DEFINICIÓN

La dispepsia como tal no es un diagnóstico ni un síntoma aislado, corresponde a un síndrome clínico donde las causas pueden ser variadas al igual que la sintomatología. La dispepsia se define como un grupo heterogéneo de síntomas correspondientes al tracto gastrointestinal alto, manifestándose en el abdomen superior (1).

CLASIFICACIÓN DE DISPEPSIA

La dispepsia se puede clasificar en una dispepsia orgánica, funcional.

La dispepsia orgánica traduce una enfermedad estructural como la enfermedad ulcero péptica, la esofagitis, dispepsia inducida por medicamentos o malignidad esófago gástrica son los causantes de los síntomas.



Calle Carlos Ugarte s/n Urb. Primavera –
Santiago

Portal web:

<http://hospitalantoniolorena.gob.pe>

Comprometidos con la
salud de la población



BICENTENARIO
DEL PERÚ
2021 - 2024

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

La dispepsia no orgánica o funcional traduce la presencia de síntomas sin causa estructural (2). Según los criterios de Roma IV de los trastornos funcionales del sistema digestivo, para lo cual los síntomas se deben presentar en los últimos 3 meses y haber comenzado al menos 6 meses antes de hacer el diagnóstico (3) y se identifica cuando se cumplen 2 criterios:

1) Uno o más de los siguientes síntomas: plenitud posprandial molesta, saciedad temprana molesta, dolor epigástrico molesto, ardor epigástrico molesto

2) No hay una causa estructural que explique los síntomas por lo general demostrado mediante endoscopia.

Roma IV, clasifica a la dispepsia funcional en dos síndromes: síndrome de malestar postprandial (SDPP) y síndrome de dolor epigástrico (SDE), (Tabla 1).



Calle Carlos Ugarte s/n Urb. Primavera –
Santiago

Portal web:

<http://hospitalantoniolorena.gob.pe>



Comprometidos con la
salud de la población



BICENTENARIO
DEL PERÚ
2021 - 2024

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

TABLA 1. CRITERIOS ROMA IV PARA DIAGNOSTICO DE DISPEPSIA FUNCIONAL

A. Dispepsia Funcional

Criterios diagnósticos^{a,b}

1. Uno o más de los siguientes:

- Llenura pos-prandial molesta
- Saciedad precoz molesta
- Dolor epigástrico molesto
- Ardor epigástrico molesto

2. No evidencia de enfermedad estructural (incluyendo alteraciones en la EDA) que puedan explicar los síntomas

^a Debe cumplir criterios para A1. SDPP y A2. SDE^b Criterios presentes durante los 3 meses previos con inicio de síntomas al menos 6 meses antes del diagnóstico

A1. Síndrome de Malestar Pos-prandial (SDPP)

Criterios diagnósticos^c

Debe incluir uno o ambos de los siguientes al menos 3 días por semana:

1. Llenura pos-prandial molesta (es decir, lo suficientemente grave como para impactar en las actividades habituales)
2. Saciedad precoz molesta (es decir, lo suficientemente grave como para impactar en las actividades habituales)

No evidencia de enfermedad orgánica, sistémica o metabólica que pueda explicar los síntomas en las investigaciones de rutina (incluyendo alteraciones en la EDA)

^c Criterios presentes durante los 3 meses previos con inicio de síntomas al menos 6 meses antes del diagnóstico

Comentarios de apoyo

- Pueden estar presentes, dolor o ardor epigástrico pos-prandial, distensión subjetiva epigástrica, eructos excesivos y náuseas
- El vómito justifica la consideración de otro trastorno
- La pirosis no es un síntoma dispéptico pero frecuentemente puede coexistir
- Los síntomas que se alivian con la evacuación de heces o gases generalmente no deben considerarse parte de la dispepsia

Otros síntomas digestivos individuales o grupos de síntomas, por ejemplo, de ERGE y SII pueden coexistir con SDPP

A2. Síndrome de Dolor Epigástrico (SDE)

Criterios diagnósticos^c

Debe incluir por lo menos uno de los siguientes al menos 1 día por semana:

- Dolor epigástrico molesto (es decir, lo suficientemente grave como para impactar en las actividades habituales)
- Ardor epigástrico molesto (es decir, lo suficientemente grave como para impactar en las actividades habituales)

No evidencia de enfermedad orgánica, sistémica o metabólica que probablemente explique los síntomas en las investigaciones de rutina (incluyendo alteraciones en la EDA)

^c Criterios presentes durante los 3 meses previos con inicio de síntomas al menos 6 meses antes del diagnóstico

Comentarios de apoyo

- El dolor puede ser inducido por ingesta de una comida, aliviado por la ingesta de una comida, o puede ocurrir durante el ayuno
- Pueden estar presentes, distensión subjetiva epigástrica, eructos y náuseas
- El vómito persistente probablemente sugiere otro trastorno
- La pirosis no es un síntoma dispéptico pero frecuentemente puede coexistir
- El dolor no cumple criterios de dolor biliar
- Los síntomas que se alivian con la evacuación de heces o gases generalmente no deben considerarse parte de la dispepsia

Otros síntomas digestivos (tales como de ERGE y SII) pueden coexistir con SDE

Fuente: Adán Lúquez Mindiola, et al. Enfoque diagnóstico y terapéutico de dispepsia y dispepsia funcional: ¿qué hay nuevo en el 2019?



Calle Carlos Ugarte s/n Urb. Primavera –
Santiago
Portal web:

<http://hospitalantoniolorena.gob.pe>

Comprometidos con la
salud de la población



BICENTENARIO
DEL PERÚ
2021 - 2024



“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

5.2. ETIOLOGÍA

Existen múltiples causas para dispepsia orgánica y funcional. Dentro de la dispepsia orgánica la enfermedad ulcero péptica, cáncer gástrico, cáncer esofágico, infección por *Helicobacter pylori*, reflujo esófago gástrico, gastroparesia, pancreatitis crónica, enfermedad celiaca, parasitosis intestinal como giardiasis y estrongiloidiasis, malabsorción de carbohidratos, fármacos como anti inflamatorios no esteroideos, antibióticos, hierro, enfermedades de tiroides y paratiroides, diabetes mellitus, isquemia intestinal, cáncer de páncreas, enfermedades de vesícula biliar, alcohol.

5.3. FISIOPATOLOGÍA

Los mecanismos fisiopatológicos que explican los síntomas de esta entidad dependen del tipo de dispepsia.

En el caso de la dispepsia orgánica los síntomas ocurren a consecuencia de una anomalía estructural en alguna parte del tracto gastrointestinal alto. Según estudios en los pacientes que se identifica una causa orgánica el 20-25% tienen una esofagitis erosiva, el 10% una úlcera péptica y menos del 1% se identifica algún tipo de malignidad (1,2).

En el caso de la dispepsia funcional la fisiopatología no es del todo clara. Sin embargo, se proponen diferentes mecanismos. Uno de ellos es la infección por *Helicobacter pylori*, pues se sabe que un porcentaje pequeño de pacientes con dispepsia funcional y una infección por esta bacteria tienen resolución de los síntomas al erradicar la misma. El atraso en el vaciamiento gástrico se ha identificado de entre un 20-50% de los pacientes con dispepsia funcional, esto podría explicar los síntomas de plenitud molesta y saciedad temprana (1). Problemas de acomodación del fondo gástrico también se han demostrado en hasta el 40% de los casos, y esto es importante para permitir una distribución adecuada del contenido estomacal mientras se realiza la digestión (1,6). Otra teoría importante al igual que en muchos otros trastornos funcionales del sistema digestivo es la hipersensibilidad visceral, ya que se ha demostrado que estos pacientes tienen un umbral del dolor más bajo en cuanto a la distensión gástrica en comparación con personas sanas (5). También existe una asociación entre la dispepsia funcional y ciertos trastornos psicosociales como la ansiedad, depresión y trastornos somatomorfos.



“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

La prevalencia de la dispepsia varía según del tipo al que se esté refiriendo. En el caso de la dispepsia no investigada se cree que la prevalencia a nivel mundial es de hasta un 20% (4). Se sabe que la gran mayoría de pacientes, entre un 70-80%, con dispepsia no investigada tiene una dispepsia de tipo funcional, y el restante 20-30% tienen una dispepsia orgánica (5). En algunas ocasiones la prevalencia de la dispepsia varía de una región a otra, pues depende de la definición que se use, algunos estudios incluyen la pirosis como parte del síndrome dispéptico. Sin embargo, se sabe que si este es el síntoma predominante se debe investigar al paciente por enfermedad por reflujo gastroesofágico y no una dispepsia (6). La población más afectada son las mujeres, personas fumadoras y los que usan de forma crónica antiinflamatorios no esteroideos (1).

5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

- 5.5.1. Factores del Medio Ambiente: Se ha visto relación con el estatus socioeconómico, factores como el hacinamiento, las prácticas de higiene, falta de agua potable y la educación en la familia.
- 5.5.2. Estilos de Vida: Dietas pobres en fibra y ricas en féculas y especias, acompañadas de una mala masticación, ingesta apresurada y desorden en los horarios. Obesidad, vida sedentaria, el tabaquismo, el alcohol y el consumo de ciertos medicamentos, particularmente los AINE (antiinflamatorios no esteroides)
- 5.5.3. Factores hereditarios: Aun no se han descrito como factores de riesgo.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. CUADRO CLÍNICO

6.1.1. Signos y Síntomas

- Dolor epigástrico que se alivia con la ingesta, en ocasiones despierta al paciente, presenta remisiones y recurrencias, dolor antes de la ingesta o con el hambre.
- Saciedad precoz.
- Plenitud posprandial.
- Náuseas.
- Molestias en abdomen superior, a menudo agravadas por la ingesta.
- Arcadas o vómitos recurrentes.



“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

- Sensación de hinchazón en abdomen superior no acompañada de distensión notoria.
- Pirosis.
- Regurgitación ácida o de alimentos.
- Ardor o malestar epigástrico.

6.1.2. INTERACCION CRONOLÓGICA

No aplica

6.2. DIAGNÓSTICO

6.2.1. Criterios de Diagnóstico

El abordaje diagnóstico debe comenzar con una detallada y completa historia clínica, para identificar las características de la sintomatología (dolor, ubicación, saciedad precoz, llenura postprandial, empeoramiento con los alimentos). Asimismo, determinar la presencia de signos y síntomas de alarma, que pueden condicionar una actitud diagnóstica más intervencionista. En dispepsia no investigada el enfoque diagnóstico está determinado por la recomendación para realizar endoscopia digestiva alta la cual varía en diferentes localidades; así por ejemplo 60 años en sociedades británicas, 55 años en México y 40 años en Perú y pacientes de menor edad, pero con presencia de signos de alarma para descartar neoplasias del tubo digestivo superior (tabla 2).

TABLA 2. SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA PARA CANCER GASTROINTESTINAL DEL TUBO DIGESTIVO SUPERIOR

| |
|---|
| Disfagia progresiva |
| Vómito persistente |
| Pérdida de peso involuntaria |
| Melenas o hematemesis |
| Anemia ferropénica |
| Masa abdominal palpable |
| Antecedente familiar de cáncer gástrico o esofágico |

Fuente: Adán Lúquez Mindiola, et al. Enfoque diagnóstico y terapéutico de dispepsia y dispepsia funcional: ¿qué hay nuevo en el 2019?



Calle Carlos Ugarte s/n Urb. Primavera –
Santiago

Portal web:

<http://hospitalantoniolorena.gob.pe>

Comprometidos con la
salud de la población



BICENTENARIO
DEL PERÚ
2021 - 2024



“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

6.2.2. Diagnóstico diferencial

- Enfermedades cardiacas (isquemia)
- Enfermedades endocrinas (tiroides y paratiroides).
- Enfermedades pancreáticas
- Parasitosis intestinal
- Enfermedades hepatobiliares

6.3. EXÁMENES AUXILIARES

6.3.1. De Patología Clínica

Considera el examen coproparasitológico, hemograma. Detección por métodos no invasivos de *Helicobacter pylori* como la prueba de aliento espirado con urea o UBT (*Urea Breath Test*) y el test de antígenos en heces, reacción en cadena de polimerasa pues son los que poseen la mayor sensibilidad y especificidad, no se recomienda la prueba de anticuerpos en sangre (figura 1).

6.3.2. De imágenes

Realizar estudio de ecografía abdominal completa para descarte de patología hepatobiliar. La tomografía abdominal completa se reserva para descarte de patología pancreática.

6.3.3. De Exámenes especializados complementarios

Se consideran pruebas diagnósticas especializadas a la endoscopia digestiva alta (EDA); además de detección por métodos invasivos de *Helicobacter pylori* como el Test rápido de Ureasa, histología y cultivo. Si el *H. pylori* es positivo, se debe dar terapia de erradicación. En los pacientes infectados por *H. pylori*, la eficacia pos-erradicación, se obtiene en 24-84%, con un número necesario a tratar (NNT) de 12,5. Aunque los síntomas de dispepsia funcional no mejoren, la erradicación del *H. pylori* trae beneficios a largo plazo ya que disminuye el riesgo de úlceras y cáncer gástrico. En quienes los síntomas no mejoren después de erradicar el *H. pylori*, se recomienda endoscopia digestiva alta y si es necesario, otros exámenes como ecografía hepatobiliar o tomografía de abdomen.



“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

En la figura 2 se presenta el algoritmo diagnóstico de Roma IV. Dicho algoritmo en pacientes con dispepsia, inicia descartando signos de alarma. Si hay alguno presente, se debe realizar endoscopia digestiva alta y ante la presencia de alguna anormalidad identificada, se debe tratar al paciente en consecuencia. En caso de encontrar *H. pylori*, se debe erradicar y si resuelven los síntomas, se concluye que se trataba de DP Asociada al *H. pylori*. Si no hay ninguna anormalidad en la endoscopia digestiva alta se trata de una dispepsia funcional y se debe clasificar el subtipo de dispepsia funcional. Así mismo, si al inicio no hay signos de alarma, se sigue la vía de la dispepsia no investigada en la cual se puede dar tratamiento empírico y si los síntomas no resuelven se debe realizar endoscopia digestiva alta y ante la ausencia de anormalidades se diagnostica dispepsia funcional y se clasifica según el subtipo de dispepsia funcional.

6.4. MANEJO EN EL NIVEL III-1

6.4.1. Medidas generales y preventivas

La evidencia sobre la eficacia de las medidas higiénico-dietéticas en la dispepsia no investigada es muy baja; sin embargo, se recomienda mejorar las condiciones de vivienda asegurando el agua potable (consumir agua hervida), adecuado lavado de manos antes de consumir alimentos y antes de preparar alimentos, adecuada higiene oral.

Algunos estudios realizados en pacientes con dispepsia no investigada y asociado a síntomas de enfermedad de reflujo gastro esofágico sugieren que los consejos sobre estilos de vida contribuyen a mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Dejar de fumar, reducir el consumo de alcohol y perder peso se pueden utilizar como medidas coadyuvantes en el tratamiento no solamente por su posible efecto sobre los síntomas sino también por su potencial beneficio sobre el estado de salud general del individuo.

6.4.2. Terapéutica

TRATAMIENTO DE PACIENTES INFECTADOS CON HELICOBACTER PYLORI (ESTRATEGIA “TEST AND TREAT”)

Múltiples ensayos clínicos demuestran que, tanto en pacientes con dispepsia no investigada, como en individuos asintomáticos



“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

infectados, la erradicación de *H. pylori* reduce tanto la incidencia de síntomas dispépticos a largo plazo como el número de consultas y los costes de tratamiento secundarios a dichos síntomas. La efectividad de la estrategia “test and treat” dependerá de la prueba utilizada. En nuestro medio la prueba del aliento con urea marcada con ¹³C está generalmente disponible y ofrece, si se realiza de acuerdo con el protocolo europeo, una fiabilidad alta y superior a la de otras pruebas no invasivas. Existen esquemas de tratamiento para *Helicobacter* recomendados, los cuales se resumen en las tablas 3 y 4.

TABLA 3. ESQUEMA DE TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA

| Esquemas de tratamiento de Primera Línea | | | |
|--|---|--|----------------------------|
| Terapia | Drogas y dosis | Frecuencia | Duración |
| La terapia triple (TT) | <ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilina* 1 gr • Omeprazol 20 mg • Claritromicina 500 mg | <ul style="list-style-type: none"> • Cada 12 horas • Cada 12 horas • Cada 12 horas | 14 días |
| La terapia secuencial (ST) | <p>Primeros 5/7 días:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilina* 1gr • Omeprazol 20 mg <p>Siguientes 5/7 días:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Claritromicina 500 mg • Omeprazol 20 mg • Metronidazol 500 mg | <p>Primeros 5/7 días:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cada 12 horas • Cada 12 horas <p>Siguientes 5/7 días:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cada 12 horas • Cada 12 horas • Cada 12 horas | 10 a 14 días (en total) |
| La terapia concomitante (CT) | <ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilina* 1 gr • Omeprazol 20 mg • Claritromicina 500 mg • Metronidazol 500 mg | <ul style="list-style-type: none"> • Cada 12 horas • Cada 12 horas • Cada 12 horas • Cada 12 horas | 10 o 14 días |
| La terapia cuádruple basada en bismuto (BQT) | <ul style="list-style-type: none"> • Subsalicilato de bismuto 300 mg • Omeprazol 20 mg • Metronidazol 500 mg • Amoxicilina 1 gr | <ul style="list-style-type: none"> • Cada 6 horas • Cada 12 horas • Cada 12 horas • Cada 12 horas | 10 a 14 días |
| (*) En personas con alergia a amoxicilina, éste será substituido por metronidazol. | | | |

Fuente. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de *Helicobacter pylori* en enfermedades gastroduodenales – Instituto de evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación ESSALUD – 2020

TABLA 4. ESQUEMA DE TRATAMIENTO DE SEGUNDA LÍNEA



Calle Carlos Ugarte s/n Urb. Primavera –
Santiago
Portal web:

<http://hospitalantoniolorena.gob.pe>

Comprometidos con la
salud de la población



BICENTENARIO
DEL PERÚ
2021 - 2024



“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

| Esquemas de tratamiento de Segunda Línea | | | |
|---|---|--|-----------------------|
| Terapia | Drogas y dosis | Frecuencia | Duración |
| La terapia cuádruple sin levofloxacino | <ul style="list-style-type: none"> • Subsalicilato de bismuto 300 mg • Tetraciclina 500 mg • Omeprazol 20mg • Metronidazol 500mg | <ul style="list-style-type: none"> • Cada 6 horas • Cada 6 horas • Cada 12 horas • Cada 12 horas | 10 a 14 días |
| La terapia cuádruple con levofloxacino | <ul style="list-style-type: none"> • Subsalicilato de bismuto 300 mg • Tetraciclina 500 mg • Omeprazol 20mg • Levofloxacino 500 mg | <ul style="list-style-type: none"> • Cada 6 horas • Cada 6 horas • Cada 12 horas • Cada 24 horas | 10 o 14 días |
| La terapia secuencial con levofloxacino | <p>Primeros 5 días:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilina* 1gr • Omeprazol 20mg <p>Siguientes 5 días:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Metronidazol 500mg • Omeprazol 20mg • Levofloxacino 500 mg | <p>Primeros 5 días:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cada 12 horas • Cada 12 horas <p>Siguientes 5 días:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cada 12 horas • Cada 12 horas • Cada 24 horas | 10 días (en total) |
| (*) En personas con alergia a amoxicilina, se evitará el uso de terapia secuencial y se cambiará la amoxicilina por tetraciclina. | | | |

Fuente. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de Helicobacter pylori en enfermedades gastroduodenales – Instituto de evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación ESSALUD – 2020

TRATAMIENTO EMPIRICO CON INHIBIDORES DE BOMBA DE PROTONES (IBP)

El tratamiento empírico antisecretor mejora la sintomatología en más del 80% de los pacientes con dispepsia no investigada de manera rápida y efectiva. Sin embargo, tras suspender el tratamiento la tasa de recidiva sintomática al año de seguimiento se aproxima al 100%, por lo que la efectividad de esta estrategia a largo plazo es escasa. La respuesta a los inhibidores de bomba de protones (IBP) en la dispepsia no investigada parece francamente mejor que la respuesta sintomática de alrededor del 35% observada en pacientes con dispepsia funcional.

Los inhibidores de bomba de protones se consideran medicamentos de primera línea, no hay evidencia sobre la utilidad de los antagonistas de receptores de Histamina-2 (H2). Los estudios con IBP han utilizado una dosis al día, por lo cual no son necesarias dosis más altas. Si en



Calle Carlos Ugarte s/n Urb. Primavera –
Santiago

Portal web:

<http://hospitalantoniolorena.gob.pe>

Comprometidos con la
salud de la población



BICENTENARIO
DEL PERÚ
2021 - 2024



“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

ocho semanas no hay mejoría, se deben suspender. Debido a que la dispepsia funcional es recurrente, el tratamiento con IBP puede ser a demanda. Las investigaciones realizadas sobre efectos adversos serios de los inhibidores de bomba de protones hablan sobre asociación y no causalidad; entre estos efectos adversos reales incluyen mayor riesgo de encefalopatía en pacientes con cirrosis y ascitis y nefritis intersticial por mecanismos idiosincráticos, sobrecrecimiento bacteriano en el intestino delgado (SIBO) sobre todo a largo plazo, diarrea, distensión abdominal y posible infección por *Clostridium difficile*. Los antiácidos y sucralfato no han demostrado eficacia en el control de los síntomas de dispepsia funcional y se consideran iguales al placebo.

PROCINÉTICOS

La calidad de la evidencia sobre la eficacia de los procinéticos en dispepsia funcional es baja y tienen efectos adversos cuando se utilizan por períodos prolongados. Los procinéticos que demostraron eficacia significativa por encima de placebo fueron cisaprida, tegaserod y acotiamida. Sin embargo, los dos primeros fueron retirados del mercado por los efectos adversos serios. Este último es un novedoso gastro procinético que aumenta la liberación de acetilcolina en el sistema nervioso entérico vía antagonismo de receptor muscarínico e inhibición de acetilcolinesterasa, mejorando la acomodación y el vaciamiento gástrico. En algunos países se recomienda a los procinéticos como medicamentos de tercera línea, si no hay respuesta a inhibidores de bomba de protones y antidepresivos tricíclicos.

NEUROMODULADORES

En dispepsia funcional su interés está relacionado con el impacto del eje cerebro-intestino en los trastornos funcionales gastrointestinales. Los pacientes con dispepsia funcional más frecuentemente tienen depresión y ansiedad, las cuales pueden preceder hasta tres años los síntomas y el diagnóstico del trastorno funcional. La eficacia fue encontrada para antidepresivos tricíclicos (ATC) como amitriptilina e imipramina, y antipsicóticos como sulpiride y levosulpiride, sin embargo, produjeron más efectos adversos que el placebo.

RIFAXIMINA

La rifaximina es un antibiótico intraluminal con efectos antibacterianos exclusivamente en el intestino delgado, con efectos antiinflamatorios



“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

y citoprotectores, en el colon, que además fomenta el aumento de bacterias benéficas (Bifidobacterium, Lactobacillus y Faecalibacterium prausnitzii) y experimentalmente disminuye la hipersensibilidad visceral. Por su excelente actividad en el intestino delgado y mínima absorción (0,4%), es un antibiótico ideal para el sobrecrecimiento bacteriano. Este antibiótico fue más eficaz en aliviar síntomas globales, llenura postprandial/distensión abdominal subjetiva y eructos.

TERAPIA PSICOLÓGICA

Por la importancia del eje intestino - cerebro en dispepsia funcional, se ha planteado la utilidad de estas terapias. Existe controversia sobre la eficacia de las intervenciones psicológicas (psicoterapia, psicodrama, terapia cognitiva-conductual, relajación e hipnoterapia) en dispepsia funcional, sin embargo, la calidad de la evidencia es baja y se requieren estudios mejor diseñados.

6.4.3. Efectos adversos o colaterales con el tratamiento

Náuseas, vómitos, diarrea, rash, sabor metálico, dolor abdominal.

6.4.4. Signos de alarma

- Melena o hematemesis
- Baja de peso
- Disfagia
- Intolerancia oral

6.4.5. Criterios de alta

Posterior a realizar estudios de descarte de dispepsia orgánica y dar adecuado tratamiento evidenciado por la mejoría de síntomas dispépticos.



“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

6.4.6. Pronóstico

El pronóstico de la dispepsia tiende a ser positivo. Se trata de una entidad muy frecuente y la mayoría de veces está ocasionada por procesos orgánicos benignos que tienden a un pronóstico positivo, sin riesgo, aunque en muchos casos evoluciona hacia una enfermedad crónica. En contadas ocasiones se origina a raíz de enfermedades graves con un pronóstico negativo.

6.5. COMPLICACIONES

La dispepsia por sí misma no es causa de complicaciones. En el caso de dispepsia orgánica la complicación puede provenir de la causa que la produce y la dispepsia funcional no tiene complicaciones a largo plazo y no existe riesgo de malignización; sin embargo, se debe estar atento al cambio de las características de los síntomas ya que un paciente con dispepsia funcional puede en un momento dado tener una causa orgánica de dispepsia.

6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

El proceso de referencia desde un nivel inferior se llevará a cabo en caso de pacientes con dispepsia con signos de alarma que requieran la realización de estudios endoscópicos en el Hospital Antonio lorena III- 1.

La contrarreferencia a un centro de menor nivel se realizará una vez evaluado el cuadro, siempre y cuando el centro cuente con todas las facilidades necesarias para la atención del paciente.



“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

6.7. FLUXOGRAMAS

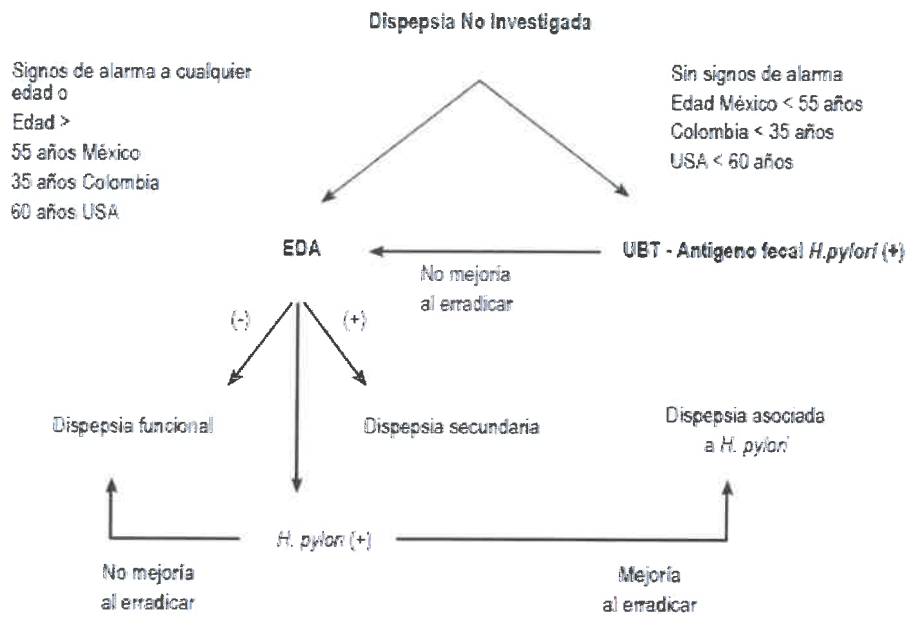


Figura 1. Algoritmo diagnóstico de dispepsia. EDA: endoscopia digestiva alta. UBT: test respiratorio de Urea. H.pylori: Helicobacter pylori. USA: Estados Unidos.

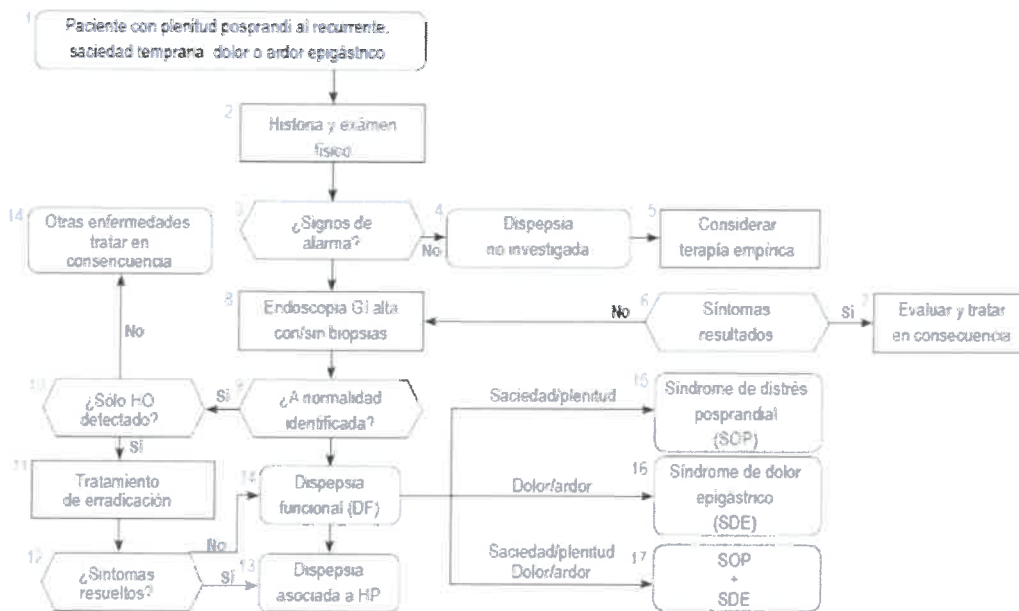


Figura 2. Algoritmo diagnóstico de dispepsia funcional (DF) de la Fundación de Roma. GI: gastrointestinal. HP: helicobacter pylori.



“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

VII. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

1. Tack J, En Mark Feldman LS, Friedman LJ, Sleisenger and Fordtran. Gastrointestinal and liver disease. Philadelphia: Elsevier; 2016.
2. Longstreth G, Lacy B. Approach to the adult with dyspepsia. Uptodate. En: Wolters Kluwer [internet. 2019.
3. Sebastián J. Los nuevos criterios de Roma (IV) de los trastornos funcionales digestivos en la práctica clínica. Med Clin. 2017;
4. Moayyedi P, Lacy BE, Andrews CN, Enns RA, Howden CW, Vakil N. ACG and CAG clinical guideline: Management of dyspepsia. Am J Gastroenterol [Internet]. 2017;112(7):988–1013. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/ajg.2017.154>
5. Longstreth G, Lacy B. Functional dyspepsia in adults. 16.
6. Madisch A, Andresen V, Enck P, Labenz J, Frieling T, Schemann M. The diagnosis and treatment of functional dyspepsia. Dtsch Arztebl Int [Internet]. 2018; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3238/arztebl.2018.0222>
7. Moayyedi PM, Phd M. Management of dispepsia. 2017; 112: 988–1013
8. Instituto de evaluación de tecnologías en salud e investigación - IETSI. EsSALUD. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de la infección por Helicobacter pylori en enfermedades gastroduodenales. 2020
9. Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, Centro Cochrane Iberoamericano. Manejo del paciente con dispepsia. Guía de práctica clínica. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología; 2003.
10. Curioso WH, Donaires Mendoza N, Bacilio Zerpa C, Ganoza Gallardo C, León Barúa R. Prevalencia y asociación de la dispepsia y el síndrome de intestino irritable en una comunidad de la selva peruana. Rev Gastroenterol Peru. 2002;22(2):129-40.



Calle Carlos Ugarte s/n Urb. Primavera –
Santiago
Portal web:

<http://hospitalantoniolorena.gob.pe>

Comprometidos con la
salud de la población



BICENTENARIO
DEL PERÚ
2021 - 2024





“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

11. Craig OF, Quigley EM. Current and emerging therapies for the management of functional gastrointestinal disorders. Ther Adv Chronic Dis. 2011;2(2):87-99.

