

# Guía de práctica clínica:

## Manejo de la dispepsia en adultos en atención primaria

### Resumen

La dispepsia se define como el dolor o malestar persistente o recurrente localizado en la parte superior del abdomen y constituye un motivo de consulta frecuente al médico de atención primaria. La utilización de estrategias diagnóstico-terapéuticas apropiadas en los pacientes con dispepsia continua siendo un desafío en la práctica clínica.

A continuación se presenta la guía realizada por el Instituto Nacional para la Excelencia Clínica (National Institute for Clinical Excellence NICE) del Reino Unido en base a criterios rigurosos de revisión crítica de la literatura y un comentario que discute, dentro del contexto de la práctica local, algunas de las recomendaciones británicas sugiriendo conductas alternativas que, a juicio de los autores, se adaptan mejor a nuestra realidad.

Olmos J, Pogorelsky V. Manejo de la dispepsia en adultos en atención primaria. Evid. actual. pract. ambul. 2005;8:79-82

### INTRODUCCION

La prevalencia de dispepsia en EEUU y otros países occidentales es de aproximadamente el 25% en la población adulta. Sin embargo, si se incluye en la definición de dispepsia la pirosis, la prevalencia asciende al 40% de la población<sup>1,2</sup>. Es importante tener en cuenta que menos de la mitad de este grupo de pacientes consultan al médico<sup>2,3</sup>. Por otro lado, la dispepsia representa el 2 al 5% de las consultas a los médicos de atención primaria y el 40-70% de aquellos que se quejan de molestias gastrointestinales<sup>4</sup>.

La prevalencia de dispepsia en Argentina es del 40%. Un 9% de la población tiene asociada enfermedad por reflujo gastroesofágico y otro 9% presenta superposición con síndrome de intestino irritable. Por lo tanto, un 22% de la población presenta síntomas puros de dispepsia. De este último grupo el 70% presenta síntomas de dispepsia tipo ulcerosa y un 30% tipo dismotilidad. En un estudio local, los síntomas percibidos por los pacientes fueron categorizados como severos o muy severos (interferían con las actividades de la vida diaria) en un 13%, moderados en un 60% y leves en un 27%<sup>5</sup>. A continuación se presenta la guía realizada por el Instituto Nacional para la Excelencia Clínica (National Institute for Clinical Excellence NICE) del Reino Unido<sup>6</sup> en base a criterios rigurosos de revisión crítica de la literatura y un comentario que discute, dentro del contexto de la práctica local, algunas de las recomendaciones británicas sugiriendo conductas alternativas que, a juicio de los autores, se adaptan mejor a nuestra realidad.

### GUIA DE MANEJO DE LOS PACIENTES CON DISPEPSIA.

**1)** En los pacientes con dispepsia no investigada, aquellos en los que no se realizó ningún estudio diagnóstico (fundamentalmente la endoscopia digestiva alta), la guía propone en primera instancia:

**a-** Revisar la medicación que utiliza el paciente que puede ser causa de dispepsia, como por ejemplo:

- Bloqueantes cálcicos, nitratos, teofilina, bifosfonatos, corticoides y AINES.

**b-** Aconsejar al paciente sobre cambios en el estilo de vida: dieta saludable, reducción de peso, dejar de fumar, etc.

**c-** Utilizar antiácidos y/o alginatos para mejorar los síntomas y evitar los alimentos que precipitan sus síntomas (comidas ricas en grasas, alcohol, café, chocolate).

Si el paciente no responde a estas medidas higiénico-dietéticas o los síntomas recurren, las guías proponen el tratamiento con dosis plenas de inhibidores de la bomba de protones (IBP) por un mes o testear y tratar el *Helicobacter pylori* (Hp).

Cualquiera de las dos alternativas puede ser realizadas inicialmente y dejar la otra en caso de que los síntomas persistan o recurran. Para la detección del Hp se puede utilizar el test de aire espirado con urea marcada con carbono 13, el antígeno en materia fecal o la serología. Recordar que se deben suspender los IBP durante las dos semanas previas a la detección del Hp.

El tratamiento de erradicación del Hp que se propone en la guía es el triple esquema con un IBP, amoxicilina y claritromicina o un IBP con metronidazol y claritromicina, durante siete días. No es necesario comprobar la erradicación del Hp en los pacientes tratados. Si

el paciente no responde o sus síntomas recurren, se debe realizar un tratamiento con bajas dosis de un antiH2 o un proquinético por un mes y proponer el tratamiento a demanda. Existen algunos pacientes que no responden o que presentan una respuesta parcial al tratamiento. Sería apropiado derivar estos pacientes a un especialista para una segunda opinión.

### 2) Endoscopia Digestiva Alta

**a-** La endoscopia de rutina en los pacientes dispépticos de cualquier edad, sin síntomas de alarma, no es necesaria. Sin embargo, se la debería considerar en los pacientes mayores de 55 años con síntomas persistentes, a pesar de la erradicación del *Helicobacter pylori* y del tratamiento antisecreto y en aquellos pacientes que presentan una o más de las siguientes características:

- antecedentes de úlcera gástrica,  
- tratamiento continuo con AINES,  
- riesgo aumentado de cáncer gástrico o ansiedad del paciente en cuanto al cáncer.

Los pacientes que tienen indicada la realización de una endoscopia deben suspender los inhibidores de la bomba de protones (IBP) o los antagonistas de los receptores H2 (antiH2) 2 semanas previas al estudio. La endoscopia permite realizar el diagnóstico de enfermedad orgánica (esofagitis erosiva, úlcera gástrica o duodenal, cáncer gástrico) o clasificar la dispepsia como funcional.

**b-** La endoscopia en forma urgente (dentro de las 2 semanas) se encuentra indicada en aquellos pacientes con dispepsia de cualquier edad que presenten alguno de los siguientes síntomas o signos de alarma:

- sangrado gastrointestinal crónico,  
- disfagia,  
- pérdida de peso involuntaria y progresiva,  
- vómitos persistentes,  
- anemia ferropénica,  
- masa epigástrica o  
- una seriada esofagogastroduodenal sospechosa de enfermedad orgánica.

**c-** La guía propone la realización de una endoscopia digestiva alta en forma inmediata en caso de sangrado agudo gastrointestinal.

En el caso que el paciente presente una úlcera gástrica o duodenal, se deben suspender los AINES. Si el paciente tiene indicado el tratamiento crónico con AINES, deberá recibir protección gástrica por tiempo prolongado o cambiar a un inhibidor selectivo de la COX 2. Se debe investigar la presencia de Hp utilizando el test de aire espirado, el antígeno en materia fecal o el test serológico. Si el Hp es negativo, se debe dar tratamiento con una dosis plena de IBP por 1-2 meses y repetir la endoscopia a las 6 a 8 semanas del tratamiento en el caso de las úlceras gástricas. Para volver a investigar la presencia de Hp se puede realizar un test de aire espirado. Si la úlcera cicatrizó, se propone el tratamiento con IBP a bajas dosis o a demanda. Si la úlcera no cicatrizó se deben excluir otras causas como por ejemplo

- falta de adherencia al tratamiento,  
- neoplasia en el caso de las úlceras gástricas,

- falla en la detección del Hp (debido a la ingesta reciente de IBP o antibióticos),
- utilización de AINES o aspirina, úlceras debido a otras drogas,
- o cuadros mucho menos frecuentes como el síndrome de Zollinger Ellison.

Si el Hp es positivo, se debe dar tratamiento con una dosis plena de IBP por 2 meses y realizar el tratamiento de erradicación. Se debe repetir la endoscopia a las 6 a 8 semanas del tratamiento en el caso de las úlceras gástricas. Se propone volver a testear el Hp. Si este es positivo se deberá realizar un nuevo tratamiento de erradicación. Si el Hp es negativo y la úlcera cicatrizó, se propone el tratamiento con IBP a bajas dosis o a demanda.

#### **Dispepsia Funcional:**

En cuanto al manejo de la dispepsia funcional, la guía inglesa propone investigar la presencia de Hp y de ser positivo realizar el tratamiento de erradicación. Si el Hp es negativo, o si no responde o los síntomas recurren luego del tratamiento de erradicación, se debe dar una dosis baja de IBP o de antiH2 por un mes o realizar tratamiento a demanda. No es necesario comprobar la erradicación del Hp en forma sistemática. Los pacientes que no responden o tienen una respuesta parcial al tratamiento o en quienes aparecen nuevos síntomas, deberían ser derivados a un especialista para una segunda opinión.

Es importante reasegurar al paciente explicándole la naturaleza benigna de sus síntomas. Se debe alentar al paciente a que utilice la menor dosis posible de medicación y que trate de usarla a demanda, aconsejarle la utilización de las medidas higiénico-dietéticas y ofrecerle si es posible, material educativo sobre el tema. Los pacientes ancianos (mayores de 80 años) deben recibir el mismo tratamiento que los pacientes jóvenes, tomando en cuenta sus comorbilidades. Las terapias psicológicas como la terapia cognitiva conductual o la psicoterapia, pueden mejorar los síntomas de estos pacientes. Es conveniente acordar una visita periódica del paciente para controlar la medicación que utiliza y reevaluar clínicamente sus síntomas.

#### **COMENTARIO**

La guía propuesta por el National Institute for Clinical Excellence está basada en una serie de supuestos que tienen que ver con variables fundamentalmente epidemiológicas locales y de costos que hay que evaluar prolijamente ya que muchas no son transferibles a nuestro medio. Estos supuestos son:

- 1) El costo de la videoendoscopia digestiva alta (VEDA) es considerablemente alto en EEUU y Europa pero no en Argentina.
- 2) Alrededor del 20% de los pacientes con dispepsia y Hp positivo tendrían una úlcera gastroduodenal. Por lo tanto habría que tratarlos y se curarían así las úlceras sin haberlas estudiado, ahorrándose de esta manera la VEDA.
- 3) En Argentina, la prevalencia de Hp en mayores de 40 años es del 60%<sup>7</sup>, mientras que en EEUU y otros países es cercana al 20%. Esta baja prevalencia justifica la conducta tendiente a la erradicación del Hp ya que en estos países es importante desde el punto de vista de la salud pública como estrategia de control.

Debido a lo anteriormente descrito, consideramos que el abordaje de estos pacientes debe ser diferente en nuestro medio. En los algoritmos del final del artículo se resumen estos conceptos. En el caso de la dispepsia no investigada, una vez excluidas la enfermedad por reflujo gastroesofágico, el síndrome de intestino irritable o la patología biliar, las cuales requieren un tratamiento específico, el manejo del paciente difiere de acuerdo a la edad y a la presencia o no de síntomas de alarma

**a-** Si se trata de un paciente mayor de 45 años o si presenta síntomas de alarma se debe realizar una VEDA la cual permitirá diagnosticar una enfermedad estructural o clasificar a la dispepsia como funcional.

**b-** En cambio, si se trata de pacientes jóvenes sin síntomas de alarma, se deberá realizar un tratamiento empírico con un antisecretor o un proquinético durante 4 semanas. Si fracasa uno de los esquemas terapéuticos se rotará el grupo de drogas. Ante el fracaso del tratamiento empírico está indicada la endoscopia.

Otra diferencia sustancial en el manejo de la dispepsia no investigada consiste en la investigación del Hp. Debido a la alta prevalencia del Hp en nuestro medio y a la amplia disponibilidad de la VEDA para la identificación de enfermedad orgánica, no es apropiada la investigación de Hp en forma sistemática en este grupo de pacientes.

Ante una úlcera gástrica o duodenal se deberá realizar el tratamiento adecuado para cada caso e investigar la presencia de Hp. En el caso de la úlcera duodenal no complicada se recomienda el tratamiento con IBP a dosis standard por 4 semanas y a doble dosis en el caso de las úlceras complicadas. En el caso de las úlceras gástricas no complicadas se recomienda tratamiento con IBP a dosis standard por 8 semanas, y a doble dosis por 12 semanas en las complicadas.

La investigación de Hp se puede realizar mediante métodos invasivos (VEDA con test de ureasa o histología) o no invasivos (test de aire espirado con carbono 13 o 14, antígeno en materia fecal). La serología no es el método más adecuado debido a que no permite discriminar entre infección presente o pasada, ya que los anticuerpos Ig G persisten en sangre por largos períodos de tiempo. Por lo tanto no es útil para evaluar erradicación.

Se debe repetir la VEDA en el caso de todas las úlceras gástricas y en el caso de las úlceras duodenales complicadas luego de finalizado el tratamiento. La erradicación del Hp debe ser verificada mediante los métodos anteriormente descriptos.

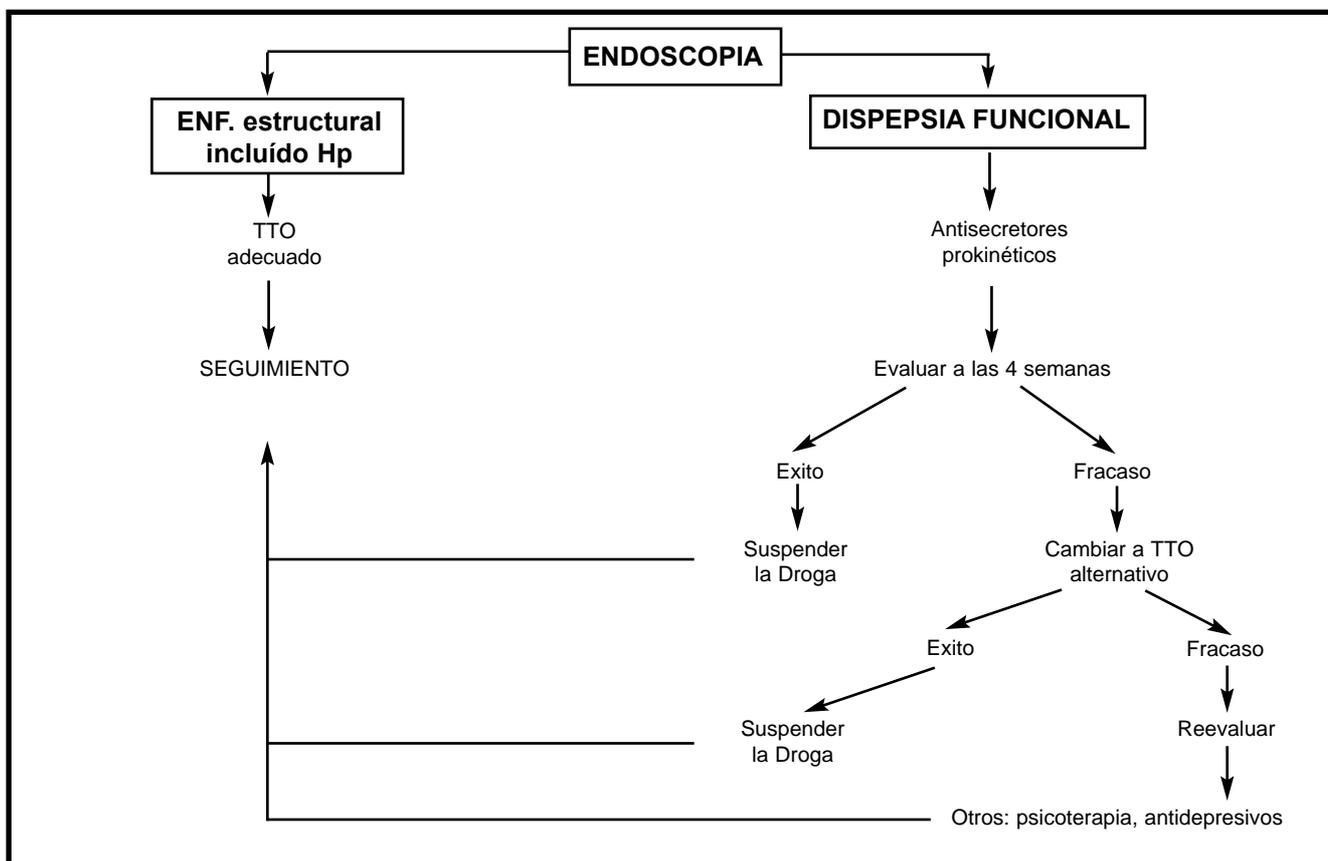
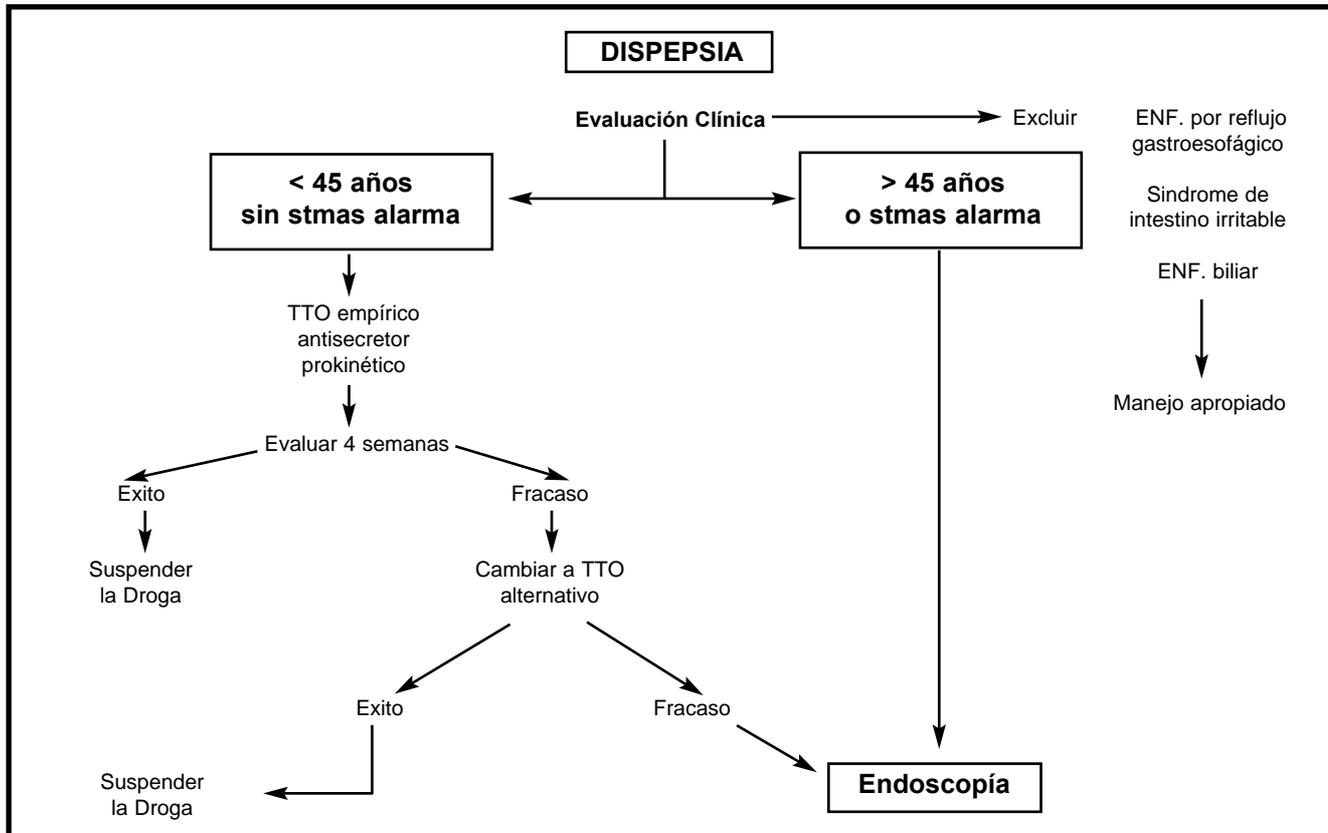
En cuanto al manejo de los pacientes con dispepsia funcional, no consideramos apropiado la investigación de Hp en forma sistemática debido a la alta prevalencia del Hp en nuestro medio, lo cual traería aparejado el tratamiento antibiótico para la erradicación del Hp a un gran número de pacientes, sin que esté demostrado un beneficio ostensible y con las consecuencias indeseables del uso indiscriminado de los antibióticos.

Un meta-análisis de la Colaboración Cochrane<sup>8</sup> referido a la eficacia del tratamiento de erradicación del Hp en la mejoría de los síntomas de los pacientes con dispepsia funcional, concluyó que era eficaz en relación al placebo. Sin embargo, el tamaño del efecto era pequeño, con una reducción relativa del riesgo (RRR) del 9%, y un NNT de 15 (IC 10-31). Otro meta-análisis<sup>9</sup> concluyó que el tratamiento de erradicación del Hp no demostró ser eficaz en relación al placebo para la mejoría de los síntomas en este grupo de pacientes. Por lo tanto consideramos que no hay evidencia contundente como para recomendar la erradicación del Hp en los pacientes con dispepsia funcional.

En estos pacientes se debe comenzar con un fármaco antisecretor (ranitidina o IBP) o un proquinético durante 4 semanas. Si fracasa uno de los esquemas terapéuticos se rotará el grupo de drogas. Ante el fracaso del tratamiento se deberá reevaluar al paciente, tomando en cuenta la utilización de los antidepresivos y la psicoterapia.

Por lo anteriormente citado, proponemos el siguiente algoritmo de manejo de la dispepsia basado no solo en la mejor evidencia disponible<sup>8, 9, 11-13</sup>, sino también en la epidemiología de nuestro país<sup>7, 10</sup>.

Figura 1 y 2: Algoritmo de manejo de dispepsia propuesto por los autores.



Dr. Jorge Olmos. Dra Valeria Pogorelsky [ Servicio de Gastroenterología . Hospital Italiano de Buenos Aires. ]

#### Referencias

1. Locke GR, Talley NJ, Fett S et al. Prevalence and clinical spectrum of gastroesophageal reflux in the community. *Gastroenterol* 1997; 112:1448.
2. Talley NJ, Zinsmeister AR, Schleck CD, Melton III LJ. Dyspepsia and dyspepsia subgroups: A population-based study. *Gastroenterol* 1992; 102:1259.
3. Holtmann G, Goebell H, Talley NJ. Dyspepsia in consultants and non-consultants: prevalence, health-care seeking behaviour and risk factors. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1994; 6:917.
4. Knill-Jones RP. Geographical differences in the prevalence of dyspepsia. *Scand J Gastroenterol* 1991; 26(Suppl 182):17.
5. Olmos JA, Pogorelsky V, Tobal F et al. Prevalence and severity of symptoms in uninvestigated dyspepsia: a population-based study. *Gastroenterol* 2005, Suppl. In press. Abstract.
6. Clinical Guideline 17 Dyspepsia: management of dyspepsia in adults in primary care. Issue date: August 2004. National Institute for Clinical Excellence.
7. Olmos J.A, Ríos H, Higa R, and the Argentinean Hp Epidemiologic Study Group Prevalence of Helicobacter pylori infection in Argentina. *J Clin Gastroenterol* 2000; 31(1):33-37.
8. Moayyedi P, Soo S, Deeks J, Delaney B, et al. Eradication of Helicobacter pylori for non-ulcer dyspepsia (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software.
9. Loren Laine, Philip Schoenfeld, Brian Fennerty. Therapy for Helicobacter pylori in patients with non-ulcer dyspepsia. A meta-analysis of randomized, controlled trials. *Ann Intern Med*, 2001, 134: 361-369.
10. Olmos J. A., Higa R, Ríos H, Soifer L, De Paula, Gadea O, Varela E. Association between subjects with dyspeptic symptoms and helicobacter pylori infection: epidemiologic study conducted at 16 centers in Argentina. *Gastroenterol* 1998; 114 (4): A248.
11. Soo S, Moayyedi P, Deeks J, Delaney B, et al. Pharmacological interventions for non-ulcer dyspepsia. (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software.
12. Jackson JL, O'Malley PG, et al. Treatment of functional gastrointestinal disorders with antidepressant medications: a meta-analysis. *Am J Med* 2000; 108 (1): 65-72.
13. Delaney BC, Innes MA, Deeks J, Moayyedi P et al. Initial management strategies for dyspepsia (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software.



Gentileza Secretaría de Turismo de La Nación