

dispepsia

Definición funcional

La dispepsia es un conjunto de síntomas referidos al tracto digestivo superior y no un diagnóstico *a priori*. Ante una persona con síntomas dispépticos (dolor abdominal superior, epigastralgia, pesadez postprandial, sensación de saciedad precoz, distensión abdominal, eructos, pirosis, náuseas, vómitos), estableceremos los mecanismos de forma secuencial, que nos lleven a una confirmación diagnóstica, instauraremos un tratamiento y realizaremos un seguimiento del mismo.

Se incluyen los Subprocesos Dispepsia Funcional, Úlcera Gástrica, Úlcera Duodenal, Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE) y dos Anexos: Gastropatía por AINés y Dispepsia en la embarazada.

Normas de calidad

Atención Primaria

- Ante un paciente con síntomas dispépticos se realiza:
 - Anamnesis.
 - Exploración física.
 - Tratamiento empírico: si es un paciente menor de 45 años, y no presenta síntomas de alarma, como disfagia, odinofagia, pérdida de peso, hematemesis, o melenas, se iniciará un tratamiento empírico con procinéticos o antisecretores durante 8 semanas. En caso contrario, se solicitará una endoscopia que debe ser realizada sin demora.
- A los pacientes que realizan tratamiento empírico, se les hará una reevaluación al mes:
 - Si está asintomático, se le dará de alta.
 - Si ha obtenido mejoría, se le prolongará el tratamiento hasta dos meses, antes de valorar la realización de la endoscopia.
 - Si persisten los síntomas, se solicitará una endoscopia.

Según los resultados de la endoscopia, incluiremos al paciente en el subproceso correspondiente.

Subproceso Dispepsia Funcional

Atención Primaria

- El diagnóstico se realiza según los criterios Roma II:
 - De forma persistente o recurrente, dolor o malestar centrado en hemiabdomen superior.
 - No existe evidencia de enfermedad orgánica (incluyendo endoscopia digestiva alta) que pueda explicar los síntomas.
 - No existe evidencia de que los síntomas se alivien exclusivamente con la defecación o se asocien a cambios en la frecuencia o consistencia de las deposiciones.
 - No existen síntomas predominantes de reflujo gastroesofágico.

- Según los criterios de Roma II, se distinguen en la dispepsia funcional tres subgrupos, atendiendo al síntoma dominante:
 - Dispepsia funcional de tipo ulceroso: el síntoma que predomina es el dolor.
 - Dispepsia funcional de tipo dismotilidad: predominan los síntomas de saciedad precoz, distensión postprandial, náuseas, vómitos o malestar en hemiabdomen superior que se agrava con la ingesta.
 - Dispepsia funcional inespecífica: la que no puede ser clasificada en las anteriores.
- En el tratamiento de la dispepsia funcional:
 - Apoyo psicológico:
 - Establecer una buena relación médico-paciente.
 - Informar del carácter crónico y recurrente de los síntomas.
 - Medidas generales:
 - Evitar el consumo de alcohol y tabaco.
 - Evaluar el consumo de fármacos, en especial AINEs.
 - Instruir al paciente para que evite aquellos alimentos que le sientan mal.
 - Tratamiento farmacológico:
 - En pacientes con dispepsia tipo ulceroso: comenzar con ranitidina 300 mg/día o famotidina 40 mg/día durante un mínimo de 4 semanas. Puede utilizarse un IBP a dosis estándar durante el mismo tiempo.
 - En pacientes con dispepsia tipo dismotilidad: domperidona 10 mg/ tres veces al día, antes de las comidas; o cinitaprida 1 mg/ tres veces al día, durante un mínimo de 4 semanas.
 - En pacientes con dispepsia tipo inespecífica, puede ser válido como inicio cualquier esquema de los anteriores.
- Al mes de instaurado el tratamiento se debe realizar una evaluación:
 - Si el paciente ha mejorado sensiblemente, se suspenderá la toma de la medicación mientras se encuentre bien y se retomará cuando se produzca una recaída.
 - Si el paciente continúa igual que al principio:
 - Evaluar el cumplimiento terapéutico, y la existencia de trastorno psiquiátrico.
 - Realizar el cuestionario de calidad de vida SF-36 y de intensidad de los síntomas mediante el Glasgow Dispepsia Severity.
 - Pautas de actuación:
 - Proponer técnicas de relajación.
 - Se puede intentar otras 4 semanas de tratamiento, con un fármaco de grupo distinto al que se utilizó en la anterior visita.
 - Puede valorarse la remisión al Digestivo.
 - Si el paciente ha empeorado:
 - Evaluar el cumplimiento terapéutico y la existencia de un trastorno psiquiátrico de base.
 - Realizar el cuestionario de calidad de vida SF-36 y de intensidad de los síntomas mediante el Glasgow Dispepsia Severity.
 - Plantear una interconsulta con el equipo de salud mental.
 - Remitir a AE para ser valorado por el Digestivo.



[dispepsia]

Subproceso Úlcera Gástrica

Atención Primaria

- Ante un diagnóstico de :
 - Úlcera gástrica benigna y *helicobacter pylori* negativo, realizar un tratamiento con IBP a dosis doble durante 4-8 semanas (omeprazol 20 mg/12h).
 - Úlcera gástrica benigna y *helicobacter pylori* positivo, realizar un tratamiento erradicador con IBP (omeprazol* 20 mg/12 horas + amoxicilina 1g/12 horas + claritromicina 500 mg/12 horas), durante 7 días. En casos de alergia a la penicilina, se sustituirá la amoxicilina por metronidazol (500 mg/12h).
 - En las úlceras gástricas complicadas (con antecedentes de hemorragia o perforación), es recomendable mantener un tratamiento antisecretor, hasta confirmar la erradicación y cicatrización.
- Se solicitará endoscopia a los 3 meses para el control de la erradicación y cicatrización, con toma de biopsias y Clotest (test de la ureasa), debiéndose suspender el tratamiento con IBP al menos 15 días antes de realizarla para no alterar los resultados del *Hp*.
- Según el resultado de la endoscopia, la histología y el Clotest, el plan que se ha de seguir es:
 - Alta por curación en pacientes con úlcera gástrica cicatrizada y *Hp* negativo.
 - Derivación a Digestivo en los casos en los que la úlcera no ha cicatrizado a pesar del tratamiento, o ha existido cicatrización, pero la terapia erradicadora no ha sido efectiva.

Atención Especializada

- Ante la úlcera gástrica cicatrizada, no erradicada, se prescribirá una 2ª pauta de tratamiento erradicador con IBP/12h (omeprazol* 20 mg/12 horas) + subcitrato de bismuto 120 mg/6h + metronidazol 500 mg/8h + tetraciclina 500 mg/6h, durante 7 días.
 - Se informará al paciente sobre la necesidad del cumplimiento del tratamiento, así como sobre los posibles efectos secundarios de la medicación instaurada:
 - Omeprazol: cefalea, diarrea y sabor metálico.
 - Bismuto: dispepsia y heces oscuras.
 - Tetraciclina: fotosensibilidad, vómitos y diarrea.
 - Metronidazol: efecto antabús si se toma con alcohol, urticaria y neuropatía.
 - Claritromicina: diarrea, disgeusia y glositis.
 - Se debe realizar el test del aliento para comprobar la presencia de *Hp* tras 1-2 meses de finalizar el tratamiento:
 - Si con el test del aliento se confirma la erradicación del *Hp*, se dará de alta al paciente.
 - Si continúa siendo positivo para *Hp*, se solicitará una endoscopia con toma de muestras para cultivo y un antibiograma realizándose una tercera pauta erradicadora, según cultivo y antibiograma.
 - Se debe realizar el test del aliento para una valoración del tercer ciclo erradicador:
 - Si se confirma la erradicación del *Hp*: se dará de alta al paciente.
 - Aquellos casos en los que no se logre la erradicación con la tercera pauta: serán seguidos en coordinación AE y AP.
- Ante la úlcera gástrica no cicatrizada: se prescribirá un segundo ciclo antisecretor durante 8 semanas más con IBP a dosis doble (omeprazol 20 mg/12h) y, posteriormente, se realizará un control endoscópico para comprobar la cicatrización:

- Si se confirma la curación, se dará de alta al paciente.
- Si no ha cicatrizado la úlcera, se debe derivar al paciente a la consulta de Cirugía Digestiva para la intervención.

Subproceso Úlcera Duodenal

Atención Primaria

- Ante el diagnóstico de úlcera duodenal, se debe prescribir un tratamiento erradicador con IBP (omeprazol* 20 mg/12 horas) + claritromicina 500 mg /12 horas + amoxicilina 1.000 mg /12 horas, durante 7 días. En casos de alergia a la penicilina, se sustituirá la amoxicilina por metronidazol 500 mg/12h.
- Se realiza una evaluación al mes:
 - Si el paciente está asintomático: se le dará el alta.
 - Si el paciente permanece con síntomas y/o tiene antecedentes de úlcera duodenal complicada (antecedentes de hemorragia o perforación): se le solicitará el test del aliento, evitando los tratamientos con antibióticos o IBP al menos 15 días antes de la realización de la prueba.
 - Si el test del aliento es positivo: se prescribirá la segunda pauta erradicadora con IBP (omeprazol 20 mg / 12 horas) + subcitrate de bismuto 120 mg / 6 horas + metronidazol 500 mg /8 horas + tetraciclina 500 mg/6 horas, durante 7 días.
 - Evaluación al mes:
 - Si el paciente está asintomático: se le dará de alta.
 - Si el paciente persiste sintomático tras la segunda pauta erradicadora, se debe realizar test del aliento:
 - Si es negativo, se realiza tratamiento con antisecretores y seguimiento durante 3 meses.
 - Si es positivo, se derivará a Digestivo para la realización de un estudio endoscópico, una biopsia y un antibiograma.

Atención Especializada

- Al paciente que habiendo realizado una primera y segunda pauta erradicadora, le persisten los síntomas y presenta *Hp* positivo, se le realizará una endoscopia y una biopsia para un antibiograma.
- Se le prescribirá un tratamiento según los resultados del antibiograma y, al mes de finalizar dicho tratamiento, se le solicitará el test de aliento:
 - Si es negativo, se le dará de alta .
 - Si es positivo, se enviará un informe al Médico de Familia para un seguimiento clínico y un tratamiento, si el paciente presentase síntomas.

Subproceso Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE)

Atención Primaria

- El diagnóstico de ERGE se realizará ante un paciente con síntomas de pirosis y regurgitación al que, tras un ensayo terapéutico con IBP, le desaparecen los síntomas, así como ante un paciente con diagnóstico de esofagitis a través de una endoscopia.



[dispepsia]

- El tratamiento en pacientes con:
 - Síntomas leves:
 - Medidas generales: modificación de hábitos higiénico-dietéticos.
 - Se pueden asociar los antiácidos y los alginatos a las medidas generales para el control puntual de los síntomas leves y poco frecuentes.
 - Los anti-H₂ son eficaces para el control de los síntomas leves.
 - Cuando la frecuencia o intensidad de los síntomas aumenta, se iniciará un tratamiento con IBP a dosis estándar (omeprazol 20mg/24h)* durante 4 semanas.
- Tras finalizar el tratamiento, se realiza una evaluación:
 - Si el paciente está asintomático, se ensaya la retirada. Si reaparece la clínica, se reanuda el tratamiento.
 - Si los síntomas no han desaparecido o mejorado, se doblará la dosis de IBP hasta completar las 8 semanas de tratamiento:
 - Si desaparecen los síntomas o presenta mejoría, se ensaya la retirada disminuyendo la dosis progresivamente, hasta encontrar la mínima dosis eficaz, y se plantea un tratamiento a demanda o intermitente.
 - Si los síntomas no desaparecen, o presentan síntomas de alarma (disfonía, disfagia, síndrome general o hemorragia digestiva) hay que realizar una endoscopia.
- Según la clasificación de Savary Miller, si el resultado de la endoscopia es:
 - No esofagitis o esofagitis grado I-II: se continúa con las medidas generales y el tratamiento hasta completar IBP a dosis estándar durante 8 semanas.
 - Esofagitis III-IV o esófago de Barrett: se deriva el caso al Digestivo con un informe completo y todas las actuaciones realizadas.

Atención Especializada

- El tratamiento indicado en una esofagitis grado III/IV es una IBP a dosis doble, durante 8 semanas (omeprazol 20mg/12h).
 - Si el paciente ha mejorado, y para evitar complicaciones como úlceras de esófago y estenosis, se indicará una terapia de mantenimiento con dosis estándar de IBP y se evaluará la respuesta a los 6 meses:
 - Si existe un buen control, se continuará el tratamiento de forma indefinida.
 - Si no existe mejoría, se realizará una nueva endoscopia y *ph*-metría.

APÉNDICE 1: Dispepsia y gastropatía por AINEs

- Debe indicarse la gastroprotección a todo consumidor de AINEs que cumpla alguno de estos factores:
 - Historia previa de úlcera, complicada o no (éste es el factor más importante).
 - Edad avanzada (más de 60-65 años).
 - Toma concomitante de anticoagulantes o corticoides.
 - Toma de varios AINEs o de un AINE a altas dosis.
 - Enfermedades cardiovasculares y/o enfermedad grave.
- El omeprazol a dosis de 20 mg/día es el fármaco que ha demostrado más eficacia en la prevención de las úlceras gástricas y duodenales, por lo que se aconseja como fármaco de elección en la profilaxis de la gastropatía por AINEs.

APÉNDICE 2: Dispepsia en la embarazada

- El tratamiento se realiza con:
 - Medidas higiénico-dietéticas:
 - Antihistamínicos H1 (succinato de doxilamina 10 mg) + vitamina B6 (clorhidrato de piridoxina 10 mg), administrándose dos comprimidos antes de acostarse y uno por la mañana.
- Si aparecen síntomas de reflujo, en relación al aumento de presión intraabdominal, se iniciará tratamiento:
 - Medidas higiénico-dietéticas.
 - Fármacos:
 - Antiácidos.
 - Anti-H₂, como la ranitidina.
 - Inhibidores de la bomba de protones.
- Si persisten los síntomas, enviar a la paciente al Digestivo.

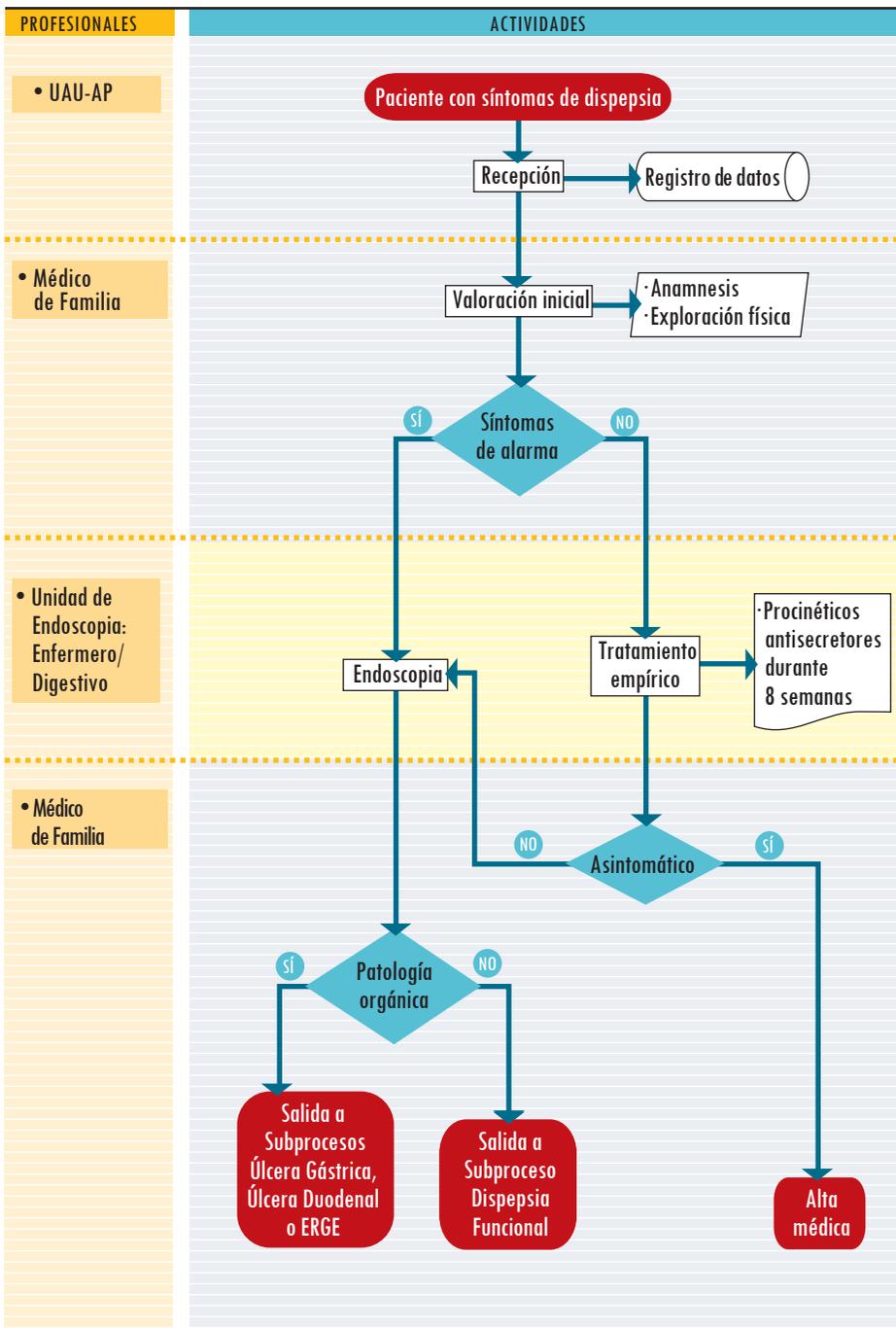
Normas de calidad incluidas en el Contrato Programa Consejería/SAS.

- A todo paciente con dispepsia que tras 8 semanas de tratamiento empírico continúa con síntomas, se le debe realizar una endoscopia con una demora inferior a 30 días.
- A todos los pacientes con úlcera gástrica se les solicitará una endoscopia con toma de biopsia a los 3 meses de finalizar el tratamiento para el control de la cicatrización. Para el control de la erradicación en pacientes con úlcera gástrica y *Helicobacter pylori* (*Hp*) se realizará Clotest (test de la ureasa), y se suspenderá el tratamiento con inhibidores bomba de protones (IBP) al menos 15 días antes de realizar la endoscopia para no alterar los resultados del *Hp*.
- A todos los pacientes con úlcera duodenal no complicada, se les debe realizar un tratamiento erradicador con pauta OCA 7: omeprazol (20 mg /12 h), claritromicina (500 mg /12 h) y amoxicilina (1 gr /12 h), durante 7 días.
- Los pacientes que presentan síntomas de pirosis, regurgitación ácida y que mejoran tras el tratamiento con IBP (omeprazol 20mg/24 horas), pueden ser diagnosticados de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE).
- Debe realizarse gastroprotección con omeprazol (20 mg/24 horas) a todo consumidor de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) que pertenezca a alguno de los grupos de riesgo definidos en el proceso:
 - Historia previa de úlcera péptica.
 - Mayor de 65 años.
 - Toma concomitante de anticoagulantes o corticoides.
 - Toma de varios AINE, o de un AINE a altas dosis.
 - Enfermedades cardiovasculares y/o enfermedad grave.



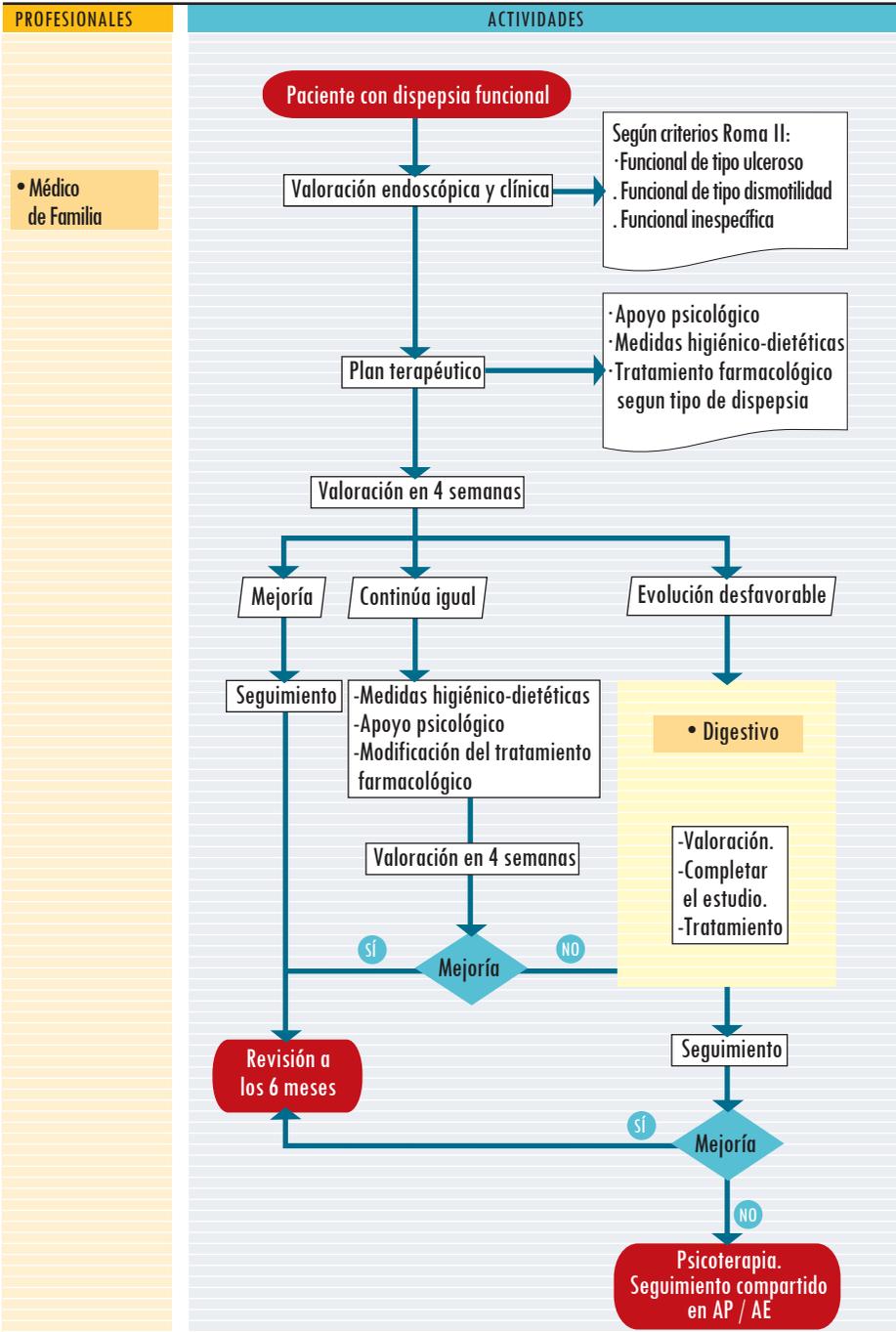
[dispepsia]

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3



ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3

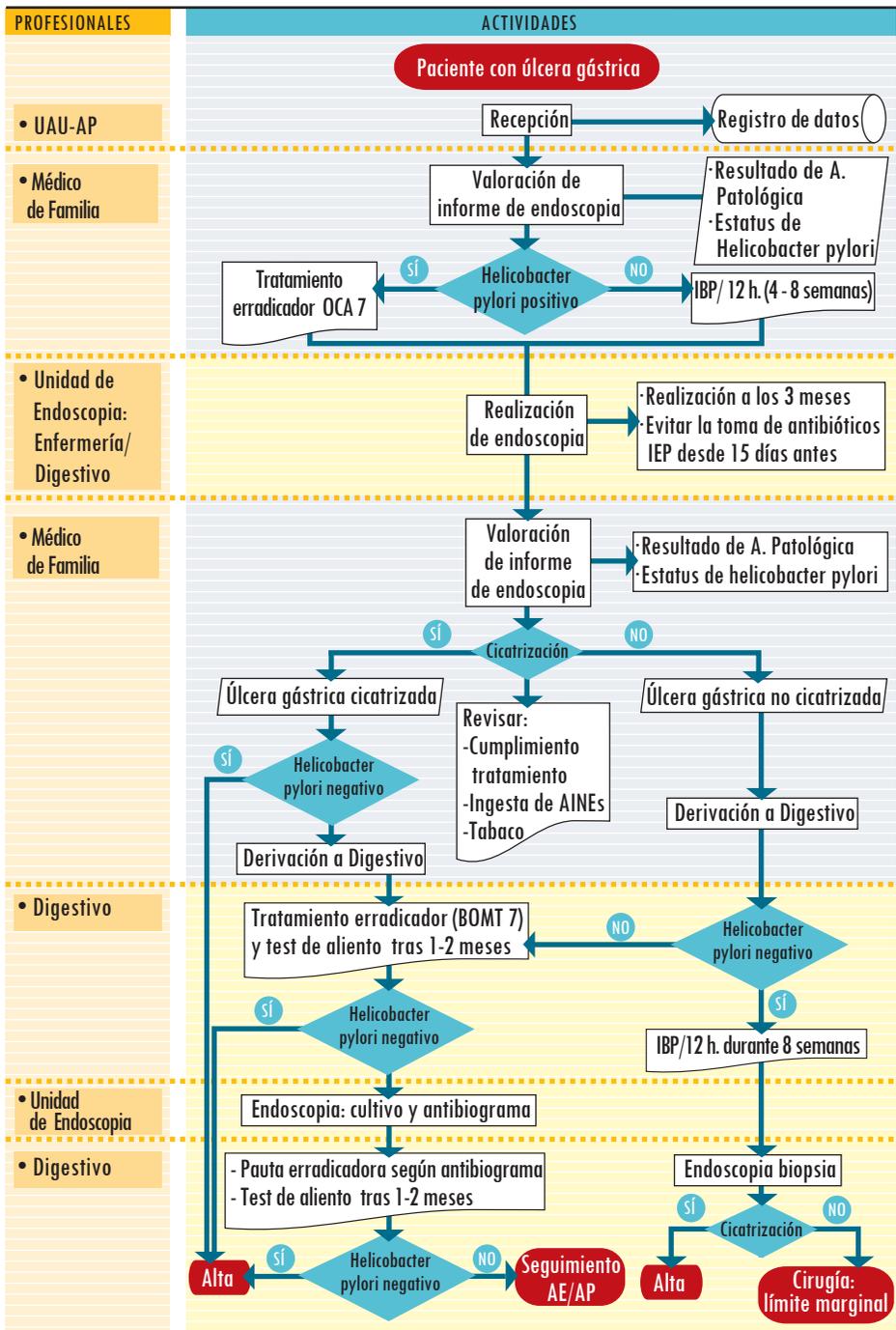
Subproceso Dispepsia Funcional



[dispepsia]

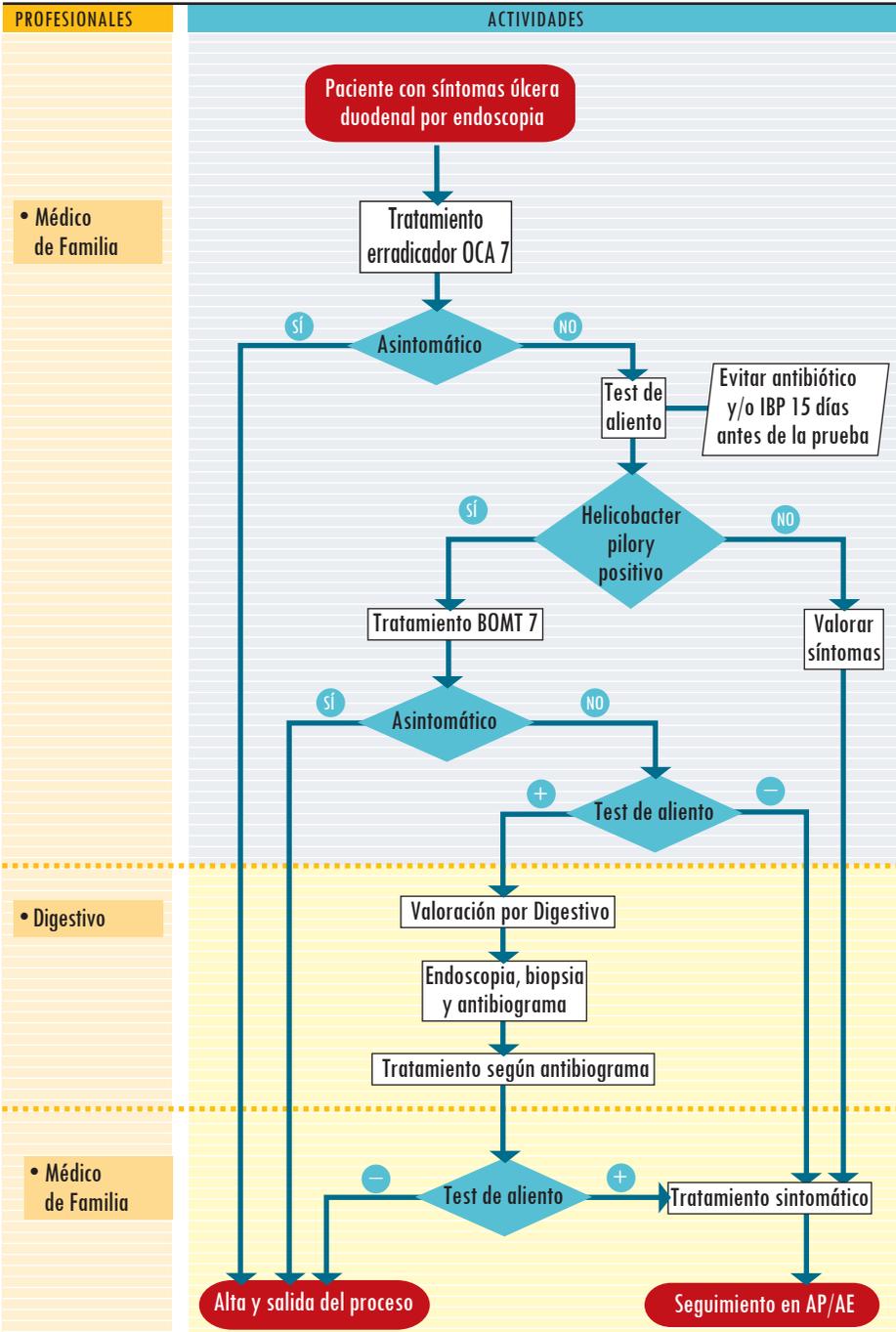
ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3

Subproceso Úlcera Gástrica



ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3

Subproceso Úlcera Duodenal



[dispepsia]

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3A

Subproceso ERGE

