



**UTMACH**

ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

TEMA:

DISPEPSIA: ¿CÓMO ACTUAR BASADO EN EVIDENCIAS?, ¿ORGÁNICA O FUNCIONAL? ¿CÓMO ESTUDIARLA Y TRATARLA CON FUNDAMENTO CIENTÍFICO?

TRABAJO PRÁCTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO

AUTOR:

AGUIRRE CARRION CARLOS EDUARDO

MACHALA | EL ORO  
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Yo, AGUIRRE CARRION CARLOS EDUARDO, con C.I. 0705091635, estudiante de la carrera de CIENCIAS MÉDICAS de la UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA, en calidad de Autor del siguiente trabajo de titulación DISPEPSIA: ¿CÓMO ACTUAR BASADO EN EVIDENCIAS?, ¿ORGÁNICA O FUNCIONAL? ¿CÓMO ESTUDIARLA Y TRATARLA CON FUNDAMENTO CIENTÍFICO?

- Declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional. En consecuencia, asumo la responsabilidad de la originalidad del mismo y el cuidado al remitirme a las fuentes bibliográficas respectivas para fundamentar el contenido expuesto, asumiendo la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera EXCLUSIVA.
- Cedo a la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA de forma NO EXCLUSIVA con referencia a la obra en formato digital los derechos de:
  - a. Incorporar la mencionada obra al repositorio digital institucional para su democratización a nivel mundial, respetando lo establecido por la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional ( CC BY-NC-SA 4.0), la Ley de Propiedad Intelectual del Estado Ecuatoriano y el Reglamento Institucional.
  - b. Adecuarla a cualquier formato o tecnología de uso en internet, así como incorporar cualquier sistema de seguridad para documentos electrónicos, correspondiéndome como Autor(a) la responsabilidad de velar por dichas adaptaciones con la finalidad de que no se desnaturalice el contenido o sentido de la misma.

Machala, 20 de noviembre de 2015

---

AGUIRRE CARRION CARLOS EDUARDO  
C.I. 0705091635

Machala, 13 de octubre del 2015

## **CERTIFICAMOS**

Que la señor “CARLOS EDUARDO AGUIRRE CARRIÓN”, es autor del presente trabajo de titulación: “DISPEPSIA: ¿CÓMO ACTUAR BASADO EN EVIDENCIAS?, ¿ORGÁNICA O FUNCIONAL? ¿CÓMO ESTUDIARLA Y TRATARLA CON FUNDAMENTO CIENTÍFICO?” la cual fue revisada y corregida, por lo que se autorizó la impresión, reproducción y presentación a los tribunales correspondientes.

---

**Dr. Leonardo José Alvarado Díaz**  
**C.I. 0701180341**

---

**Dr. Sixto Isaac Chilibingua Villacis**  
**C.I. 0910156033**

---

**Dr. Sandra Eliza Sangurima Valarezo**  
**C.I. 0702149204**

## **CESIÓN DE DERECHOS DE AUTORÍA**

Yo, **Carlos Eduardo Aguirre Carrión**, con C.I. **0705091635**, egresado de la carrera de Ciencias Médicas de la Unidad Académica de Ciencias Químicas y de la Salud, de la Universidad Técnica de Machala, responsable del siguiente trabajo de titulación:

“DISPEPSIA: ¿CÓMO ACTUAR BASADO EN EVIDENCIAS?, ¿ORGÁNICA O FUNCIONAL? ¿CÓMO ESTUDIARLA Y TRATARLA CON FUNDAMENTO CIENTÍFICO?”

Certifico que los resultados y conclusiones del presente trabajo pertenecen exclusivamente a mi autoría, una vez que ha sido aprobado por mi tribunal de sustentación autorizando su presentación.

Deslindo a la Universidad Técnica de Machala de cualquier delito de plagio y cedo mi derecho de Autor a la Universidad Técnica de Machala para que ella proceda a darle el uso que sea conveniente.

Agradezco vuestra gentil atención

---

**Carlos Eduardo Aguirre Carrión**

**C.I.: 0705091635**

**Correo: krlos\_edu\_1992@hotmail.com**

## **CERTIFICACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, Carlos Eduardo Aguirre Carrión, autor del siguiente trabajo de titulación: “DISPEPSIA: ¿CÓMO ACTUAR BASADO EN EVIDENCIAS?, ¿ORGÁNICA OFUNCIONAL? ¿CÓMO ESTUDIARLA Y TRATARLA CON FUNDAMENTO CIENTÍFICO”. Declaro que la investigación, ideas, conceptos, procedimientos y resultados obtenidos en el siguiente trabajo son de mi absoluta responsabilidad.

---

**Carlos Eduardo Aguirre Carrión**

**C.I.: 0705091635**

## **DEDICATORIA**

A Dios.

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi madre Gina Carrión Miele.

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mi padre Carlos Aguirre Carrión

Por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

## **AGRADECIMIENTO**

Dedico este proyecto de tesis a Dios y a mis padres. A Dios porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar, a mis padres, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento. Depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad. Es por ello que soy lo que soy ahora. Los amo con mi vida.

**Carlos Eduardo Aguirre Carrión**

## **RESUMEN**

La dispepsia funcional (DF) es un conjunto sintomático, heterogéneo y altamente prevalente en la comunidad y en la práctica general. La DF se define como la presencia de síntomas que se piensan originados en la región gastroduodenal, en ausencia de enfermedad orgánica, sistémica o metabólica que pueda explicarlos. Entre los factores fisiopatogénicos se incluyen los trastornos de la acomodación y del vaciamiento gástrico, dismotilidad duodenal, sensibilidad aumentada, factores psicosociales y una asociación con un estado postinfeccioso. El mecanismo etiopatogénico exacto que causa los síntomas en un paciente individual sigue siendo difícil de identificar. Las modalidades terapéuticas que se han empleado incluyen: modificaciones dietéticas, agentes farmacológicos dirigidos a actuar sobre distintos blancos dentro del aparato gastrointestinal, del sistema nervioso central y periférico, y terapias. Desafortunadamente, hasta la fecha, todas estas terapias han rendido solamente resultados marginales. Después de excluir enfermedad orgánica, es esencial que el paciente esté informado sobre la naturaleza y el pronóstico benignos de su enfermedad, y esto puede ser, a veces, la inversión más provechosa tanto para el paciente como para su médico.



## **ABSTRACT**

Functional dyspepsia (FD) is symptomatic, heterogeneous and highly prevalent in the community and in general practice complex. The DF is defined as the presence of symptoms that are thought originated in the gastroduodenal region, in the absence of organic, systemic or metabolic disease that can explain them. Among the pathophysiological factors accommodation disorders and gastric emptying, duodenal dysmotility, heightened sensitivity, psychosocial factors and an association with a post-infectious state levels. The exact etiologic mechanism that causes the symptoms in an individual patient is still difficult to identify. The therapeutic modalities that have been used include dietary modifications, aimed at different targets within the gastrointestinal tract, central and peripheral nervous system therapies and pharmacological agents. Unfortunately, to date these therapies have yielded only marginal results. After excluding organic disease, it is essential that the patient is informed about the benign nature and prognosis of the disease, and this can sometimes be more profitable investment for both the patient and his doctor.

# INTRODUCCION

## DISPEPSIA

### Glosario

**Dispepsia:** presencia en hemiabdomen superior o retroesternal de dolor, molestia, ardor, náuseas, vómito o cualquier otro síntoma que se considere originado en el tracto gastrointestinal superior

**Dispepsia no investigada:** dispepsia (de acuerdo con la definición anterior) en ausencia de estudio diagnóstico

**Dispepsia orgánica o de causa conocida:** dispepsia (de acuerdo con la definición anterior) en la que se ha detectado alguna causa que razonablemente justifique los síntomas

**Dispepsia funcional (DF), criterios de acuerdo con la clasificación de Roma III:** síntoma o conjunto de síntomas que la mayoría de médicos considera que tienen su origen en la región gastroduodenal, siendo estos síntomas la pesadez posprandial, saciedad precoz, dolor y ardor epigástrico». Los síntomas pueden ser continuos o intermitentes y estar o no relacionados con la ingesta de alimentos. Los síntomas deben haber aparecido al menos 6 meses antes del diagnóstico y estar activos durante al menos 3 meses. Requiere un estudio diagnóstico adecuado que incluya, al menos, una endoscopia normal y la ausencia de infección por *Helicobacter pylori* y que excluya cualquier enfermedad orgánica, sistémica o metabólica que justifique los síntomas.

### Dispepsia

Las definiciones de esta entidad clínica son heterogéneas y no existe una definición totalmente aceptada para el término dispepsia. La localización del dolor o malestar en la parte central del abdomen superior y/o que los síntomas sean atribuidos al tracto gastrointestinal superior forma parte de todas las definiciones de dispepsia. El dolor localizado en hipocondrios no se considera característico de la dispepsia.

La definición clásica propuesta en 1988 por Colin-Jones et al, donde la dispepsia se define como cualquier síntoma que sea atribuible al tracto gastrointestinal superior, incluyendo dolor abdominal o retroesternal, disconfort, pirosis, náuseas y vómitos.

Los síntomas pueden ser continuos o intermitentes y estar o no relacionados con la ingesta de alimentos. Los criterios de Roma III consideran suficiente que los síntomas hayan aparecido al menos 6 meses antes y estén activos durante al menos 3 meses.

### **Fisiopatología**

Los mecanismos fisiopatológicos de la dispepsia funcional (DF) aún no están claramente establecidos y hoy en día se considera que se trata de una patología multifactorial. Los principales mecanismos implicados señalan un solapamiento de alteraciones motoras y sensoriales del tracto gastrointestinal superior. Los mecanismos fisiopatológicos implicados en la DF incluyen el retraso en el vaciamiento gástrico, deterioro de la acomodación gástrica a la comida, hipersensibilidad a la distensión gástrica, sensibilidad duodenal alterada a los lípidos y a los ácidos, motilidad antroduodeno-yeyunal y ritmo eléctrico gástrico alterados, contractilidad fásica posprandial en el estómago proximal no suprimida y desregulación entre el sistema nervioso autonómico y el sistema nervioso central.

Aproximadamente, el 25-45% de los pacientes presentan un enlentecimiento del vaciado gástrico, el 40% tienen alterada la acomodación gástrica y la hipersensibilidad visceral se produce en alrededor de un tercio de los pacientes. También se han señalado otros mecanismos implicados en su patogenia que incluyen la desregulación autonómica, ciertos polimorfismos genéticos, infecciones digestivas previas y factores psicológicos como la respuesta general al estrés

### **Acomodación Gástrica**

La acomodación gástrica se define como la reducción del tono gástrico y el incremento de la adaptación que sigue a una ingesta de alimentos, e involucra, al menos, dos respuestas: una “relajación receptiva” que permite al estómago recibir una carga de volumen sin un aumento significativo de la presión intragástrica y una “relajación adaptativa”, durante la cual el tono gástrico es modulado en respuesta a propiedades específicas de los alimentos ingeridos.

### **Vaciamiento Gástrico**

El vaciamiento gástrico es una de las funciones motoras gástricas principales y requiere de una adecuada regulación. En condiciones normales, el vaciamiento gástrico consta de una fase inicial en la que los componentes sólidos permanecen en el estómago proximal, y una segunda fase en la que se desplazan al antro y se produce la trituración, generada por contracciones fásicas de gran

amplitud de la musculatura antral. La finalidad de éstas es reducir las partículas sólidas a un tamaño que les permita atravesar el píloro. Una vez que las partículas sólidas se licuan, la fase de vaciamiento se produce de una manera lineal. Los líquidos, en cambio, se dispersan rápidamente a través del estómago y comienzan a vaciar sin un período de latencia. La coordinación antro-píloro-duodeno es central para el proceso del vaciamiento del contenido gástrico a través del píloro.

### **Alteraciones en la sensibilidad visceral**

La alteración visceral sensorial (capacidad de percibir o no lo que está ocurriendo dentro del tubo digestivo) es otro aspecto fisiopatológico importante, dado que este mecanismo fisiopatológico de hipersensibilidad a la distensión del estómago proximal se ha demostrado en varios estudios de pacientes con DF y está vinculado a síntomas como el dolor epigástrico, los eructos y la pérdida de peso. La pared intestinal contiene tres tipos de neuroreceptores: quimiorreceptores (responden a estímulos químicos y se localizan en la mucosa); mecanoreceptores (responden a estímulos de tensión o compresión y se sitúan en la capa de músculo liso), y nociceptores (en todas las capas, habitualmente silentes, pero que pueden ser activados por un estímulo intenso y producir dolor).

### **Hipersensibilidad a los lípidos**

Los lípidos (que actúan sobre los quimiorreceptores) producen un aumento de la sensibilidad tanto en personas sanas como en pacientes dispépticos, lo cual no se observa con la infusión de glucosa. Esto sugiere que los receptores para la colecistoquinina A (CCK-A) y serotonina (5-HT) estarían mediando, al menos en parte, las sensaciones gastrointestinales. Asimismo, la administración intravenosa de antagonistas de los receptores CCK-A reduce los efectos sobre la percepción gastrointestinal en estudios de distensión gástrica efectuados con balón.

### **Hipersensibilidad a los ácidos**

La infusión duodenal de ácido clorhídrico en pacientes dispépticos (no así en sanos) se asoció con náusea, lo que sugiere una hipersensibilidad duodenal a ácidos. Algunos pacientes tenían un aclaramiento del ácido alterado en el duodeno y una respuesta motora duodenal patológica al ácido. Además, la acidificación duodenal incrementó la sensibilidad gástrica a la distensión con balón y se acompañó de una alteración en la acomodación gástrica. Los factores patogénéticos identificados más relevantes incluyen una predisposición genética, posibles infecciones con *Helicobacter Pylori* u otros organismos, inflamación, alteraciones hormonales y factores psicosociales.

## **Infecciones**

Las infecciones causadas por algunos patógenos también se han vinculado como posibles causas fisiopatológicas de la DF. En la actualidad, no existen datos convincentes que demuestren que la infección por *H pylori* sea un factor patogénico de la DF, dado que su prevalencia no parece aumentar en los pacientes que la padecen. Tampoco hay unanimidad en lo que se refiere al efecto de su erradicación.

## **Anormalidades psicosociales**

Los síntomas psicológicos son más frecuentes en pacientes con DF que en pacientes con causas orgánicas de la dispepsia, como la úlcera duodenal. Además, factores psicológicos como la tensión y la neurosis y sus efectos sobre la función nerviosa central han sido postulados como mecanismos subyacentes para el desarrollo de síntomas característicos de la DF. En un estudio reciente, se comprobó que la ansiedad experimental inducida puede alterar la función sensorial y motora del estómago en sujetos sanos. De ello se interpreta que los factores psicológicos pueden alterar la función fisiológica y que pueden ser la base del origen de algunos de los síntomas de la DF. Por otro lado, factores psicosociales como tensión cotidiana, alteraciones psicológicas (particularmente ansiedad, depresión y somatización), alteraciones de la personalidad, historia de abusos y alteraciones del comportamiento están descritos como factores importantes en el proceso que determina la búsqueda de la atención médica por parte del paciente. Se han correlacionado el estrés y la ansiedad con una modificación de la percepción sensorial ya que los sujetos que presentan hipersensibilidad visceral suelen mostrar niveles elevados de ansiedad, depresión, hipervigilancia y quejas somáticas multiorgánicas.

## **Clasificación de Dispepsia**

La dispepsia se ha clasificado tradicionalmente en orgánica y funcional. Cuando se identifica una causa orgánica que pueda justificar los síntomas hablamos de dispepsia orgánica. Entre las causas de dispepsia orgánica las más frecuentes son la úlcera péptica y la esofagitis. Cuando tras realizar un estudio adecuado no logra identificarse una causa que justifique los síntomas del paciente se establece el diagnóstico de dispepsia funcional.

## **Dispepsia Funcional**

El diagnóstico de dispepsia funcional es un diagnóstico por exclusión y se define por la presencia de síntomas atribuibles al tracto gastroduodenal donde no se han identificado causas de carácter orgánico, sistémico o metabólico subyacente que pudieran explicar la clínica del paciente. El Consenso de Roma III no aclara qué exploraciones son necesarias, pero generalmente se considera que la analítica y la endoscopia deben ser normales. Roma III también establece que debe excluirse o eliminarse la infección por *H. pylori* ya que es una causa conocida de dispepsia. Actualmente algunos autores recomiendan también realizar biopsia duodenal para descartar enteropatía sensible al gluten y giardiasis.

Los síntomas pueden clasificarse en dos categorías de acuerdo con los criterios de Roma III:

- 1) Síntomas inducidos por la comida (síndrome de distrés posprandial)
- 2) Predominio del dolor epigástrico (síndrome del dolor epigástrico).

Los mecanismos fisiopatológicos de la dispepsia funcional son desconocidos y probablemente múltiples. En diferentes estudios clínicos se han observado alteraciones de la motilidad y acomodación gástrica, enlentecimiento y/o aceleración del vaciamiento gástrico, e hipersensibilidad visceral gastroduodenal. También se ha implicado en su patogenia la disregulación autonómica, ciertos polimorfismos genéticos, infecciones digestivas previas y factores psicológicos como la respuesta general al estrés

## **Diagnostico**

La dispepsia funcional (DF) se trata de una entidad en la que no hay anomalía estructural o bioquímica subyacente, lo que representa una limitación a la hora de diagnosticarla. El diagnóstico de la DF es por exclusión y se define por la presencia de síntomas atribuibles a la región gastroduodenal (pesadez posprandial, saciedad precoz, dolor o ardor epigástrico) de, por lo menos, tres meses de duración, con inicio un mínimo de seis meses antes, y en los que no se han identificado causas de carácter orgánico, sistémico o metabólico subyacente que pudieran explicar la clínica del paciente.

En los pacientes con dispepsia se deben valorar dieta, peso, tabaquismo, consumo de alcohol e ingesta de medicamentos especialmente AINES

## **Diagnóstico Clínico**

El valor predictivo positivo del diagnóstico clínico de la DF se estima que se sitúa en el 70-75%. La anamnesis y el examen físico constituyen dos pilares del diagnóstico. En el momento en que el paciente consulta, una historia clínica detallada nos puede permitir establecer el diagnóstico de dispepsia. La historia clínica ha de reunir información sobre estilos de vida (dieta, tabaquismo, ingesta de alcohol, ejercicio físico), consumo de fármacos que producen irritación del tubo digestivo o alteran su motilidad (antiinflamatorios no esteroideos [AINE], inhibidores COX-2, bloqueadores de calcio, etc.) y antecedentes personales significativos en relación con exploraciones complementarias, tratamiento de la úlcera péptica o de cirugía gástrica o la existencia de un diagnóstico previo de infección por H pylori. Es importante excluir también que la persona presente estrés postraumático o un síndrome de disfunción somatovisceral en el que aparecen otros síntomas (Migrañas, cistitis, fibromialgia, crisis de pánico, etc.). Las características del dolor pueden dirigir el diagnóstico diferencial hacia otras entidades que cursan con epigastralgia, como el cólico biliar y el dolor de origen pancreático. El interrogatorio sobre los síntomas y su posible relación con el hábito intestinal ayudará a descartar un síndrome de intestino irritable, ya que éstos se relacionan con la deposición. El interrogatorio debe incluir también las manifestaciones extraintestinales que puedan hacer sospechar una enteropatía sensible al gluten, incluyendo el antecedente de enfermedad autoinmune, el retraso del crecimiento, osteoporosis a una edad temprana, ferropenia, infertilidad y antecedentes familiares de enfermedad celíaca.

## **Síntomas específicos Y asociados De Dispepsia funcional**

Se consideran síntomas específicos: a) ardor o dolor epigástrico, b) pesadez posprandial, y c) saciedad precoz. También pueden aparecer otros síntomas como náuseas, vómitos, sensación de distensión o distensión abdominal, aunque no se consideran síntomas específicos de DF. El comité de expertos para los criterios de Roma III subclasifica la DF en: a) síndrome de dolor posprandial, y b) síndrome de dolor epigástrico. En el diagnóstico de DF se presenta la dificultad y la posibilidad de confusión del término ardor epigástrico con la pirosis. En los criterios de Roma III una sensación de ardor epigástrico no es considerada pirosis a no ser que se irradie hacia la región retroesternal. En el pasado la presencia de pirosis o de regurgitación ácida fueron considerados síntomas suficientes para definir dispepsia, pero en la actualidad se reconocen como síntomas esenciales en el diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico.

## **Estrategia inicial en la dispepsia no investigada**

En este apartado se evalúan las medidas higiénico-dietéticas y las tres estrategias siguientes: 1) la estrategia “test and treat”, que incluye el diagnóstico no invasivo de la infección por *H. pylori* y tratamiento erradicador en los individuos infectados o sintomático en los no infectados; 2) el tratamiento empírico con un antisecretor, y 3) la realización de una endoscopia digestiva alta.

## **Medidas Generales**

Numerosos estudios han demostrado una relación entre la DF y factores psicosomáticos, ansiedad, alteración del sueño y factores estresantes, por lo que un estilo de vida más tranquilo y una posible intervención psicológica son medidas que hay que tener en cuenta en estos pacientes.

## **Cambios De Estilo De Vida**

- Evitar ayunos prolongados
- Evitar comidas abundantes, ricas en grasas y condimentos. Es preferible ingerir alimentos en poca cantidad y en mayor número de veces
- Evitar situaciones que provoquen estrés.
- Evitar consumo de tabaco, café, bebidas gaseosas y alcohólicas.
- Mantener un peso adecuado, evitando el sobrepeso y la obesidad
- Al dormir elevar la cabecera de la cama de 5 a 10 cm
- Actividad Física

## **Tratamiento**

### **Erradicación de la infección por *H. pylori* en la dispepsia funcional**

La relación entre la infección por *H. pylori* y la dispepsia funcional ha sido motivo de controversia y hasta hace pocos años. En pacientes con dispepsia y endoscopia normal se recomienda descartar o tratar la infección por *H. pylori* antes de establecer el diagnóstico de dispepsia funcional no se consideraba necesario eliminar la infección para realizar el diagnóstico de dispepsia funcional

### **Antiácidos y citoprotectores**



Los antiácidos, el sucralfato y las sales de bismuto son eficaces comparado con el placebo, aunque la mejoría es muy escasa y no alcanza significación estadística.

En pacientes con dispepsia funcional se sugiere no utilizar los antiácidos y citoprotectores como tratamiento de primera línea.

### **Antisecretores**

Antagonistas de los receptores H2 de histamina (anti-H2). Diversos estudios han evaluado la eficacia de los anti-H2 para el tratamiento de la dispepsia funcional. Los estudios disponibles difieren en cuanto al fármaco evaluado, la dosis, los criterios de inclusión, el tiempo de seguimiento y las variables de resultado. Las diferentes revisiones sistemáticas muestran que los fármacos anti-H2 son superiores al placebo en la mejoría de los síntomas de la dispepsia funcional.

### **Inhibidores de la bomba de protones.**

Los IBP se han mostrado superiores al placebo y las diversas revisiones sistemáticas disponibles llegan a conclusiones similares. Una revisión sistemática Cochrane muestra que los IBP comparados con el placebo reducen la sintomatología de forma significativa. Debe subrayarse que el beneficio se limita a los subgrupos de pacientes con síntomas de dolor epigástrico, regurgitación y pirosis

### **Procinéticos**

Los procinéticos son un grupo heterogéneo de fármacos que estimulan la contracción del músculo liso y mejoran el vaciamiento gástrico y el tránsito intestinal. Los más utilizados son los fármacos con acción predominantemente antidopaminérgica.

- En los pacientes con dispepsia funcional con predominio de dolor epigástrico se recomiendan como opción terapéutica inicial los antisecretores, especialmente los IBP.
- En los pacientes con dispepsia funcional con predominio de saciedad y plenitud posprandial se sugieren los procinéticos como opción terapéutica inicial.
- En los pacientes con dispepsia funcional que no responden al tratamiento de primera línea se sugiere combinar ambos fármacos (IBP, si es necesario a dosis dobles, más procinético).

## **Fármacos antidepresivos y tratamiento psicológico**

La posible relación entre las alteraciones psicológicas y psiquiátricas y los trastornos funcionales ha conducido al estudio de diferentes intervenciones psicológicas y farmacológicas en los pacientes con dispepsia funcional. Los antidepresivos tricíclicos a dosis más bajas que las requeridas para el tratamiento de la depresión, han sido utilizados en el tratamiento de la dispepsia funcional. Su uso se basa en la reducción de la intensidad de los síntomas de ansiedad y/o depresión (que pudieran exacerbar la clínica dispéptica), una potencial acción analgésica central con incremento del umbral del dolor y una acción farmacológica local sobre el tracto gastrointestinal superior. De este modo, podrían mejorar la relación entre la hipersensibilidad visceral y el umbral de dolor percibido y la acomodación gástrica a la ingesta.

Se dispone de pocos estudios que hayan evaluado los inhibidores de la recaptación de la serotonina en el tratamiento de la dispepsia funcional. Sin embargo, estos fármacos se han mostrado efectivos en el tratamiento de otros trastornos funcionales. Un ECA que compara venlafaxina durante 2 meses frente a placebo en la dispepsia funcional, mostró que el porcentaje de pacientes libres de síntomas no fue significativamente distinto entre ambos grupos de estudio (37% vs. 39%)

- ✓ En los pacientes con dispepsia funcional y fracaso del tratamiento antisecretor y procinético se sugiere considerar el uso de antidepresivos
- ✓ En los pacientes con dispepsia funcional no se recomienda el uso sistemático de intervenciones psicológicas

## CONCLUSIONES

- ✓ La dispepsia es una patología frecuente en la consulta médica, pudiendo ser orgánica o funcional; funcional cuando a pesar de pruebas diagnósticas como endoscopia, ecosonografía, prueba de h. pylori, ect no se encuentra anormalidades y pudiendo ser este padecimiento de carácter psicológico y siendo su diagnóstico clínico mediante los criterios de ROMA III.
- ✓ La dispepsia orgánica está ligada a un daño estructural del aparato digestivo superior siendo sus patologías más frecuentes la úlcera péptica y ERGE.
- ✓ Siendo de mayor importancia es el screening de H. Pylori ya que esta bacteria es causante del mayor porcentaje de úlcera péptica dentro de la dispepsia orgánica.
- ✓ Para el tratamiento de H. Pylori se enfatiza el uso de Primera línea de: Amoxicilina, Claritromicina y Claritromicina por 10 a 14 días; habiendo áreas con alta resistencia a la claritromicina utilizando la terapia cuádruple clásica o concomitante y en caso de fracaso de primer intento de erradicar el H. Pylori se utiliza la terapia triple con Levofloxacino.
- ✓ Dentro del tratamiento de la dispepsia de base están las medidas generales tales como la dieta, ejercicio, evitar el uso de tabaco y alcohol, etc.

## RECOMENDACIONES

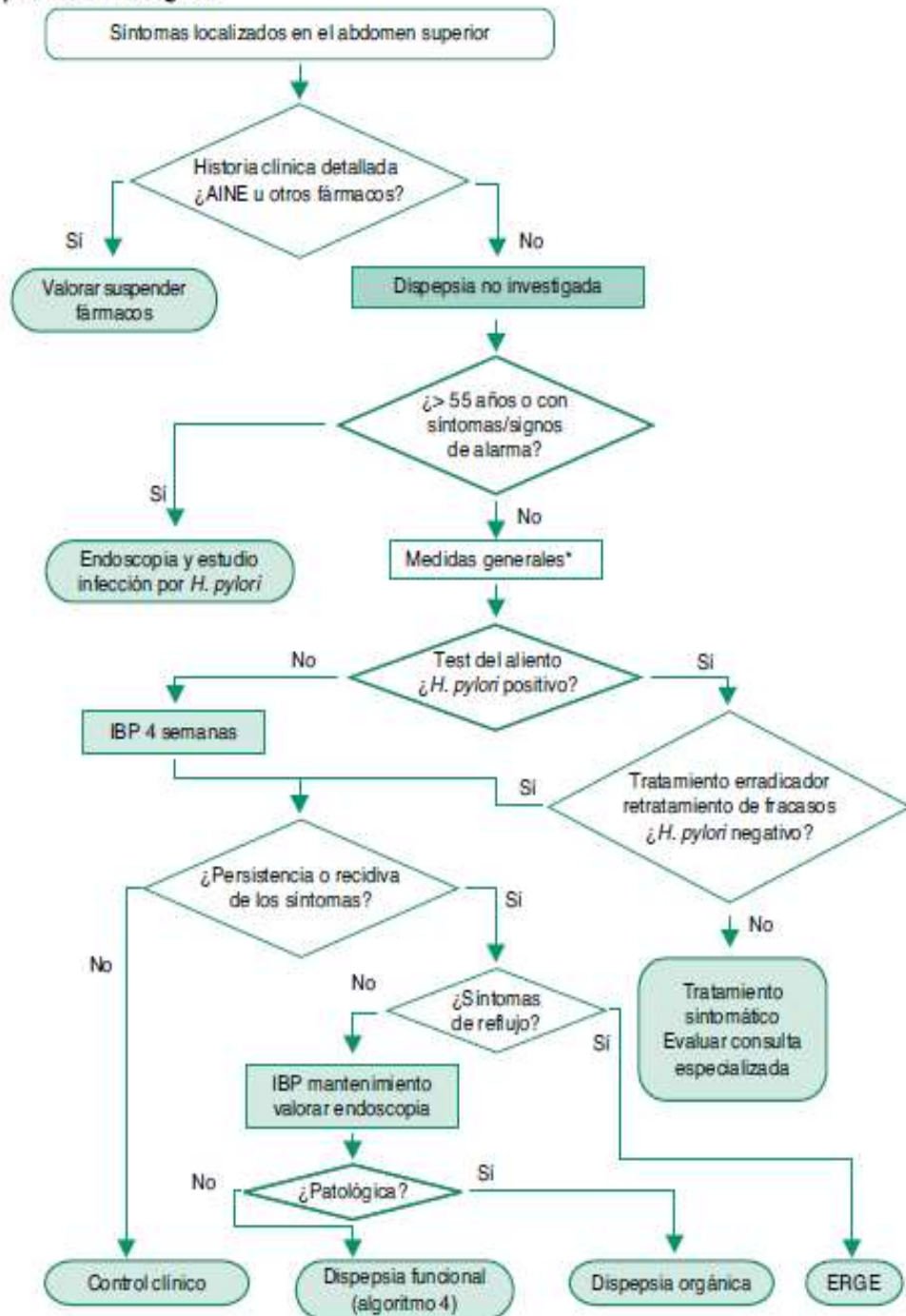
- Cambios en el estilo de vida:
  - Evitar ayuno prolongado
  - Evitar comidas abundantes, ricas en grasas
  - Evitar estrés
  - Evitar consumo de tabaco, alcohol, café, bebidas gaseosas
  - Mantener peso adecuado
- Actividad Física
  - Realizar ejercicio por 30 min los 5 días de la semana
- Automedicación
  - Evitar la automedicación
- Dieta
  - Evitar los alimentos ricos en grasas y condimentos
  - Ingerir por lo menos 4 a 8 vasos de agua al día

## REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

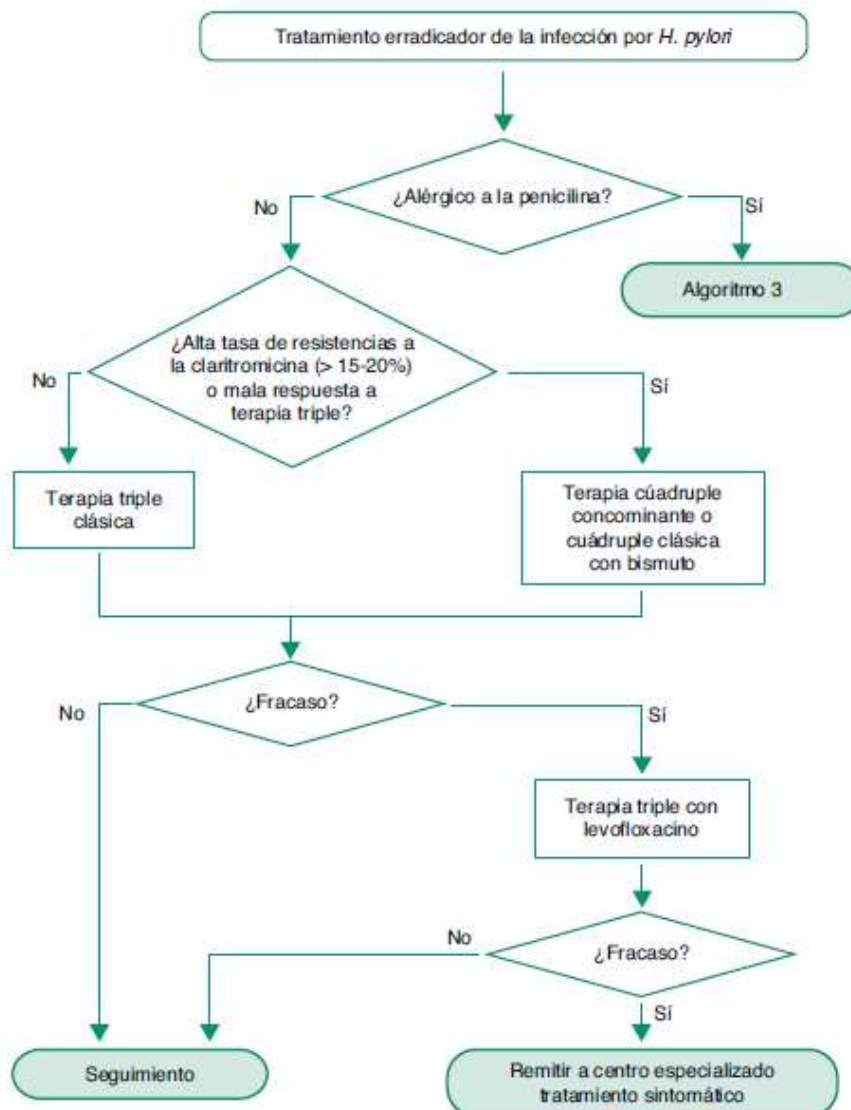
- ✓ Luis Aguilar Paiz, Fernando Barreda, Herbert Burgos, Luis Bustos Fernández Claudia Defilippi, Juan Carlos González, et al. Guia Latinoamericana de Dispepsia Funcional. Acta de Gastroenterologia Americana. Volumen 42.2014
- ✓ Javier P. Gisberta,b, Xavier Calvet Calvoa,c, Juan Ferrándiz Santosd, Juan José Mascort Rocaef, Pablo Alonso-Coello y Mercè Marzo Castillejo. (2012). Manejo del paciente con dispepsia. Guía de práctica clínica. Atención primaria, Elsevier, 1-38.
- ✓ Becerra, G. (2011). Diagnóstico y tratamiento de dispepsia funcional. *Guia de Practica Clinica*, 32(45), pp.1-42.
- ✓ Otero, W. (2015). Enfoque del paciente con dispepsia y dispepsia funcional: actualización. *Asociaciones Colombianas de gastroenterología, Endoscopia digestiva, Coloproctología y Hepatología*, 29(2), pp.132-138.
- ✓ New England Journal of Medicine, (2015). A Placebo-Controlled Trial of Itopride in Functional Dyspepsia — NEJM. [online] Available at: <http://www.nejm.org/doi/citedby/10.1056/NEJMoa052639#t=citedby> [Accessed 21 Nov. 2015].

# ANEXOS

Algoritmo 1. Dispepsia no investigada.

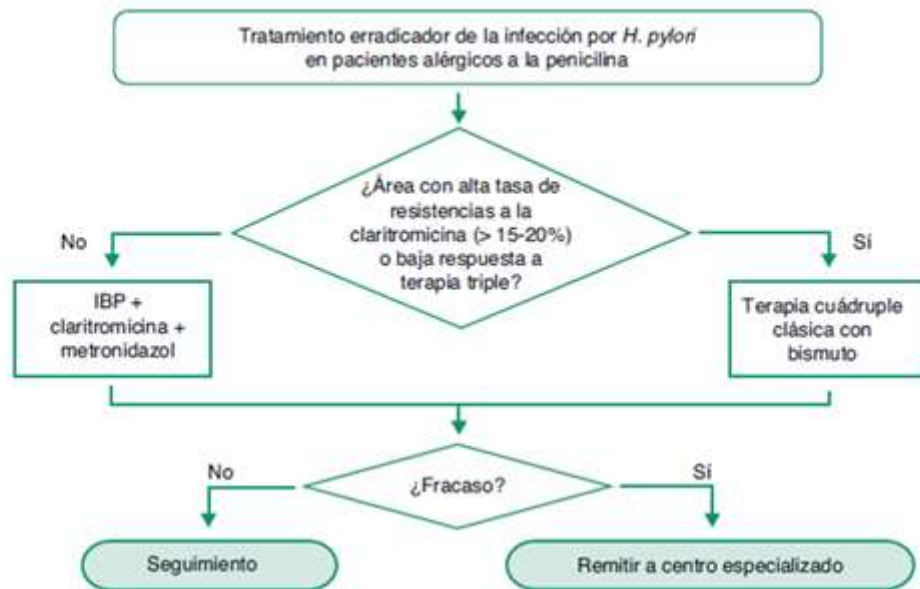


Algoritmo 2. Tratamiento erradicador de la infección por *H. pylori*

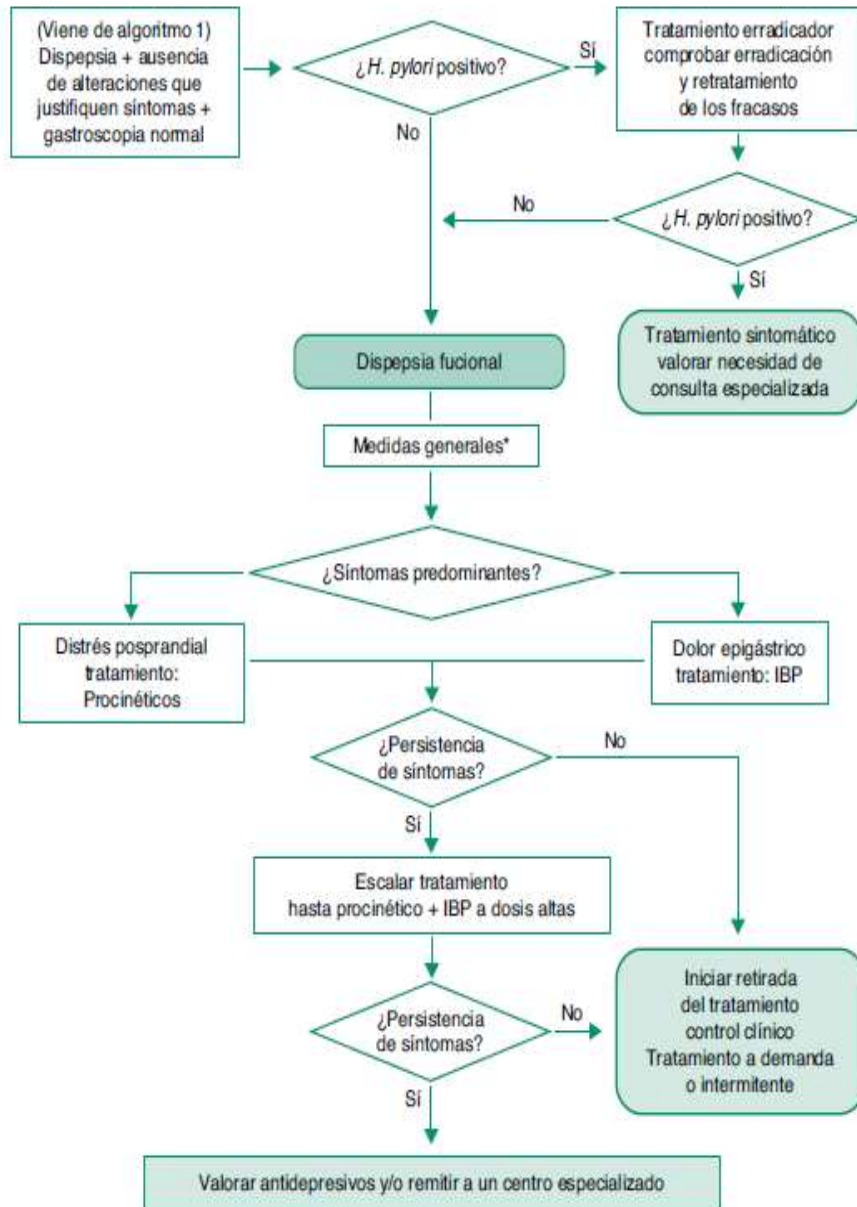




Algoritmo 3. Tratamiento erradicador de la infección por *H. pylori* en pacientes alérgicos a la penicilina



Algoritmo 4. Tratamiento de la dispepsia funcional



Tratamientos erradicadores de H. pylori			
Tratamiento	Fármacos	Dosis y posología	Duración (días)
Terapia triple clásica	IBP	Dosis doble/12 h	10-14
	Claritromicina	500 mg/12 h	
	Amoxicilina <sup>a</sup>	1 g/12 h	
Terapia cuádruple clásica con bismuto	IBP	Dosis estándar/12 h	7-14
	Subcitrate de bismuto	120 mg/6 h	
	Tetraciclina <sup>b</sup>	500 mg/6 h	
	Metronidazol	500 mg/8 h	
Terapia cuádruple "secuencial"	IBP <sup>c</sup>	Dosis estándar/12 h	10
	Amoxicilina <sup>c</sup>	1 g/12 h	5 (días 1 a 5)
	Claritromicina <sup>c</sup>	500 mg/12 h	5 (días 6 a 10)
	Metronidazol <sup>c</sup>	500 mg/12 h	5 (días 6 a 10)
Terapia cuádruple "concomitante"	IBP <sup>c</sup>	Dosis estándar/12 h	10
	Amoxicilina <sup>c</sup>	1 g/12 h	
	Claritromicina <sup>c</sup>	500 mg/12 h	
	Metronidazol <sup>c</sup>	500 mg/12 h	
Tratamiento de rescate tras fracaso de terapia triple clásica	IBP	Dosis estándar/12 h	10
	Amoxicilina	1 g/12 h	
	Levofloxacino	500 mg/12-24 h	

### Tratamiento de erradicador de Helicobacter Pylori

## Urkund Analysis Result

**Analysed Document:** CARLOS EDUARDO AGUIRRE CARRIÓN.docx (D16154449)  
**Submitted:** 2015-11-12 00:27:00  
**Submitted By:** krlos\_edu\_1992@hotmail.com  
**Significance:** 6 %

Sources included in the report:

[http://www.researchgate.net/  
publication/257059285\\_Manejo\\_del\\_paciente\\_con\\_dispepsia.\\_Gua\\_de\\_prctica\\_clnica.\\_Actualizacin\\_  
2012.\\_Resumen\\_ejecutivo](http://www.researchgate.net/publication/257059285_Manejo_del_paciente_con_dispepsia._Gua_de_prctica_clnica._Actualizacin_2012._Resumen_ejecutivo)

Instances where selected sources appear:

6