

Protocolo Dispepsia

Servicio: Aparato Digestivo

Fecha de entrega: 22/06/201

Destinatario: Hospital y Área de Influencia del Hospital Universitario Infanta Cristina

Reg: PCM PT 126

CONTROL DE MODIFICACIONES		
DESCRIPCION	Nº Versión	Fecha Edición
Creación:		
Serv Aparato Digestivo Dra. Sandra Sánchez Prudencio	1	09/01/2012
	2	19/02/2016

Revisado: Comision Continuidad Asistencial em Farmacoterapia Fecha: 19/02/2016 Firma	Aprobado: Comision Continuidad Asistencial em Farmacoterapia Fecha: 19/02/2016 Firma
---	---

DEFINICION DISPEPSIA

Síntomas de dolor o molestia (distensión, pesadez postprandial, saciedad precoz) persistente o recurrente en el tiempo, referidos a la parte central del abdomen. Estos síntomas pueden presentarse como únicos o por un conjunto de síntomas, estando o no relacionados a la ingesta de alimentos.

DISPEPSIA FUNCIONAL

Aquella que no es atribuible a alteraciones estructurales, enfermedades metabólicas ni inducida por el alcohol o fármacos, y que se supone en relación con trastornos de la función del tracto digestivo superior o a una percepción anómala del paciente.

CRITERIOS ROMA III

1. Sensación molesta de plenitud postprandial o saciedad precoz (SÍNDROME DE DISTRES POSTPRANDIAL) o dolor epigástrico o ardor epigástrico (SÍNDROME DEL DOLOR EPIGÁSTRICO).
2. Sin evidencia de enfermedades estructurales (incluida la realización de una endoscopia digestiva alta) que puedan explicar los síntomas.

Durante los últimos 3 meses y haber comenzado un mínimo de 6 meses antes del diagnóstico.

DISPEPSIA NO INVESTIGADA

Esta categoría no es infrecuente ya que en muchos pacientes no será absolutamente necesario realizar exploraciones complementarias si no cumplen criterios de edad ni existen síntomas ni signos de alarma.

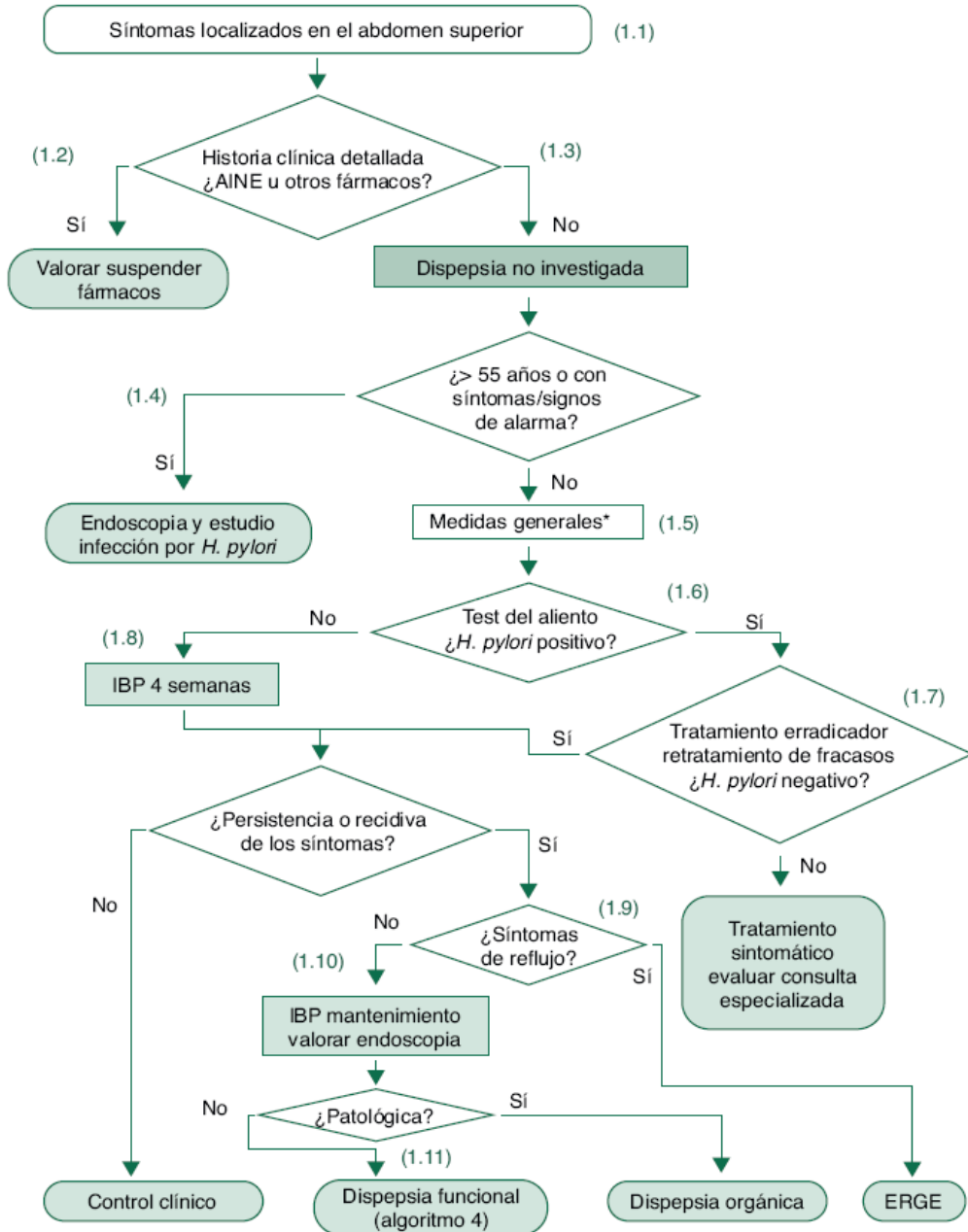
DISPEPSIA ORGÁNICA

Incluye entidades con síntomas dispépticos de daño anatómico o bioquímico que deben ser excluidos, entre las que se encuentran: enfermedades gastroduodenales, hepatobiliares, pancreáticas, fármacos o drogas, así como condiciones sistémicas.

Se debe descartar ante la presencia de los llamados *SÍNTOMAS DE ALARMA* (que se detallan a continuación) y en pacientes con edad superior a 55 años con clínica de reciente aparición.

- Pérdida importante de peso
- Vómitos recurrentes
- Disfagia progresiva
- Datos de sangrado gastrointestinal
- Anemia
- Masa abdominal palpable

ALGORITMO ACTUACION ATENCION PRIMARIA EN DISPEPSIA NO INVESTIGADA



Fuente: Documento de consenso. Atención Primaria: Manejo del paciente con dispepsia. Guía de práctica clínica. Actualización 2012. Resumen ejecutivo. (Javier P. Gisbert et al)

NOTA A PIE DE PÁGINA: en lugar de test de aliento, en nuestro centro se realizará test de antígeno de *H.pylori* en heces.

ACTUACION EN DISPEPSIA NO INVESTIGADA

En los pacientes con uno o **más síntomas y signos de alarma** y en los pacientes cuyos síntomas se han iniciado a **una edad mayor de 55 años**, aun en ausencia de síntomas de alarma, se recomienda una endoscopia digestiva alta para descartar una neoplasia gastroesofágica. En función de resultados derivar a consulta especializada.

En los pacientes con **dispepsia no investigada menores de 55 años y sin signos ni síntomas de alarma** se recomienda la estrategia «*test and treat*», consistente en realizar una prueba en heces que determina la presencia o ausencia del antígeno de *H.pylori* (dejando de tomar una semana previa IBP). En caso de que exista un tiempo de espera prolongado para realizar la prueba se puede optar por administrar antiácidos hasta la realización de la prueba en heces. Si el control sintomático es inadecuado con antiácidos, tratamiento con omeprazol durante 4 semanas y realizar la prueba de antígeno en heces tras haber suspendido este tratamiento al menos durante 7 días.

En los pacientes infectados por *H. pylori* se debe administrar tratamiento erradicador. Se recomienda control mediante test de antígeno en heces y retratamiento de todos los pacientes con infección persistente después del tratamiento erradicador inicial. Tras 2 fracasos del tratamiento debe valorarse cuidadosamente la indicación del tratamiento erradicador conjuntamente con el paciente y la posibilidad de remisión a una unidad especializada.

En los pacientes no infectados por *H. pylori* se debe administrar un tratamiento antisecreto con omeprazol durante 4 semanas.

Tratamiento erradicador de la infección por *Helicobacter pylori*

Se recomienda como tratamiento erradicador de primera elección la terapia triple clásica (omeprazol, claritromicina [500mg/12h] + amoxicilina [1g/12h]) durante un período de 10 días. Si fracasa el tratamiento inicial se recomienda como terapia de rescate (segunda línea) el tratamiento triple con levofloxacino (omeprazol [dosis estándar/12h] + amoxicilina [1g/12h] + levofloxacino [500/12-24h]; durante 10 días).

Tras 2 fracasos del tratamiento erradicador, se sugiere derivar al paciente a un centro especializado para valorar la necesidad de recibir un tratamiento de tercera línea y/o efectuar un tratamiento sintomático.

La posibilidad de endoscopia debe valorarse en pacientes con síntomas recurrentes. La endoscopia normal en pacientes con síntomas dispépticos recurrentes nos permitirá establecer el diagnóstico de dispepsia funcional.

ACTUACION EN DISPEPSIA FUNCIONAL

El diagnóstico de dispepsia funcional incluye la exclusión razonable de cualquier causa de dispepsia orgánica, entre ellas la infección por *H. pylori*.

Es importante proporcionar una adecuada información al paciente sobre la naturaleza benigna y crónica de su problema de salud, y de cómo pueden influir los tratamientos propuestos en la mejora de sus síntomas. También deben recomendarse las medidas higiénico-dietéticas adecuadas y si es necesario las modificaciones de los estilos de vida. Finalmente, es muy importante establecer una relación médico-paciente empática.

El tratamiento farmacológico está orientado a la resolución de los episodios sintomáticos. Como opción terapéutica de primera línea se recomiendan los antisecretores, especialmente los IBP (**OMEPRAZOL como primera línea**) en dosis estándar durante 4 semanas. En pacientes con síndrome de distrés posprandial, con predominio de la distensión y la saciedad precoz, se recomienda administrar un procinético.

Si la respuesta al tratamiento inicial es satisfactoria, iniciar la retirada del fármaco. Ante una nueva recidiva de los síntomas valorar la utilización del mismo fármaco en forma de tratamiento a demanda o intermitente.

Si la respuesta a los IBP no es satisfactoria se ha de tranquilizar al paciente, insistir en las medidas higiénico-dietéticas, y aumentar la dosis del fármaco. También son opciones aceptables realizar tratamiento inicial con IBP en todos los pacientes o empezar con la combinación de un IBP y un procinético. Se recomienda ensayar siempre la combinación de IBP en dosis altas asociado a un procinético antes de iniciar fármacos psicotrópicos.

En pacientes con dispepsia funcional y síntomas resistentes al tratamiento de primera línea y a la combinación de IBP y procinéticos se sugiere considerar el uso de antidepresivos. Si los síntomas no

ceden o no mejoran, es necesario reevaluar al paciente, **valorar la necesidad de estudios adicionales y/o la derivación a atención especializada**. En caso de sintomatología psiquiátrica evidente se debería considerar la evaluación por parte del psiquiatra.