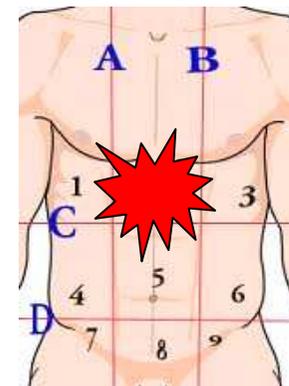

DISPEPSIA

Javier González García
Sesión Clínica de Medicina Interna. 17 de Enero de 2012

Definición. Criterios de ROMA III

- Dolor o molestia (discomfort) persistente o recurrente referidos a la parte central de la mitad superior del abdomen₁.
- Duración de los síntomas no estandarizada₂ (25% de los días en el último mes₃₋₄).
- La pirosis o el dolor en hipocondrios no se incluyen dentro de la sintomatología dispéptica.



Prevalencia

- La dispepsia representa uno de los motivos de consulta más frecuentes (8,2% en AP y 40% de AE)₇,
 - Según el estudio internacional DIGEST, un 40,6% de la población padece los síntomas en los últimos 6 meses ₆
 - En España, el 24% de la población refiere síntomas dispépticos
 - La mitad de ellos demandarán atención sanitaria
 - Extrapolando al AGSNA: **12.000 dispépticos / año**
-

Impacto económico



- La dispepsia genera un **importante gasto socio/sanitario**
 - Costes directos: visitas médicas, análisis, endoscopias, ecografías, test C13, medicamentos, consumo de recursos humanos (sanitarios)
 - Costes indirectos: absentismo laboral (un 2% de los dispépticos precisa hospitalización, un 27% necesitó baja laboral, reducción de los días de trabajo, escuela y/u otras labores, permisos para acudir al médico...)
- Debido a que los recursos son limitados, todos estos gastos generan un “Coste de oportunidad” de los mismos; es decir, lo que se emplea en esta labor, deja de dedicarse a otras tareas

Clasificación

- Multitud de clasificaciones
 - La más útil para la práctica clínica_{2,5}:
 - Dispepsia no investigada: todos los pacientes que debutan con la dispepsia, y aquellos con síntomas recurrentes a los cuales no se ha realizado aún estudio alguno.
 - Dispepsia investigada:
 - Funcional (60%): no se observa ninguna causa orgánica o proceso que justifique la sintomatología, una vez realizadas pruebas diagnósticas (incluida la gastroscopia).
 - Orgánica (40%)
-

Causas de dispepsia orgánica

Tabla 1. Causas de dispepsia orgánica

Causas gastrointestinales más comunes

Úlcera péptica (úlceras gástrica, úlcera duodenal)

Diversos medicamentos: AINE, hierro, digoxina, teofilina, eritromicina, potasio, etc.

Causas gastrointestinales poco comunes

Cáncer gástrico

Colelitiasis

Pacientes diabéticos con gastroparesia y/o dismotilidad gástrica

Isquemia mesentérica crónica

Pancreatitis crónica

Cáncer de páncreas

Cirugía gástrica

Patología del tracto digestivo inferior (p. ej., cáncer de colon)

Obstrucción parcial del intestino delgado

Enfermedades infiltrativas del estómago o del intestino grueso (enfermedad de Crohn, gastritis eosinofílica, sarcoidosis)

Enfermedad celíaca

Cáncer de hígado

Causas no gastrointestinales poco comunes

Trastornos metabólicos (uremia, hipocalcemia, hipotiroidismo)

Síndromes de la pared abdominal

Recapitulando...

- Patología muy prevalente
 - Pacientes “jóvenes”
 - Importante consumo de recursos (económicos y humanos)
 - Amplio abanico etiológico (algunas causas son potencialmente graves)
-

¿Qué hacemos con los pacientes dispépticos?

- ¿ponemos tratamiento sin estudiarlos?
 - ¿derivamos al especialista?
 - ¿hacemos endoscopias a todos?
 - ¿hacemos test del aliento?
- DEPENDE DEL CASO.
- No es aceptable que dependa del médico, ni de las presiones de pacientes y familiares (sobre todo en AP)
-

Objetivos de la sesión (y de la guía)

- **Optimizar el manejo del paciente dispéptico**
 - unificar criterios entre los facultativos, (basándonos en la evidencia científica disponible)
 - De este modo, el paciente recibirá una asistencia homogénea y de calidad contrastada
 - Asimismo, se utilizarán mejor los recursos disponibles (consultas, revisiones, endoscopias).
 - Trabajar de forma más eficiente nos hará ser más accesibles y, al mismo tiempo, nos permitirá crecer.
-

Aproximación al paciente dispéptico



■ Historia clínica

- ❑ Antecedentes personales/familiares de úlcera duodenal/gástrica y/o infección por H. Pylori
- ❑ Hábitos tóxicos
- ❑ Consumo de AINES
- ❑ Preguntar siempre por los Síntomas de alarma
- ❑ Edad

■ Exploración física

- ❑ En la mayoría de los casos suele ser normal
- ❑ Algunos datos nos pueden orientar a organicidad (masa abdominal, ictericia, adenopatías...)

Aproximación al paciente dispéptico



■ Pruebas complementarias (PC)

- ❑ **Analítica general:** hemograma, perfil pancreático, reactantes de fase aguda, hierro y ferritina, ac celiacúa.
 - ❑ **ECG:** descartar isquemia cardiaca
 - ❑ **Rx tórax**
 - ❑ **Gastroscoopia** (*gold standard*): Visualiza directamente la cavidad gástrica. Permite intervencionismo (esclerosis en caso de hemorragia), obtener biopsias, test de ureasa (para investigación H.pylori), biopsias duodenales para estudio de celiacúa, etc.
 - ❑ **Seriada EGD**
 - ❑ **Test C13** (detección indirecta del H.pylori, a través del aliento)
 - ❑ **ECO abdominal:** visualiza páncreas, vesícula y vía biliar, hígado (la afectación de alguno de estos órganos puede ocasionar síntomas dispépticos)
-

Manejo de la dispepsia



- No hay un protocolo ideal
- Existen en la bibliografía multitud de guías de práctica clínica (GPC) para dispepsia.
- De todas las revisadas, la más reproducible en nuestro medio es:

“Guía de práctica clínica. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2003. Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica en Enfermedades Digestivas, desde la Atención Primaria a la Especializada: 3”

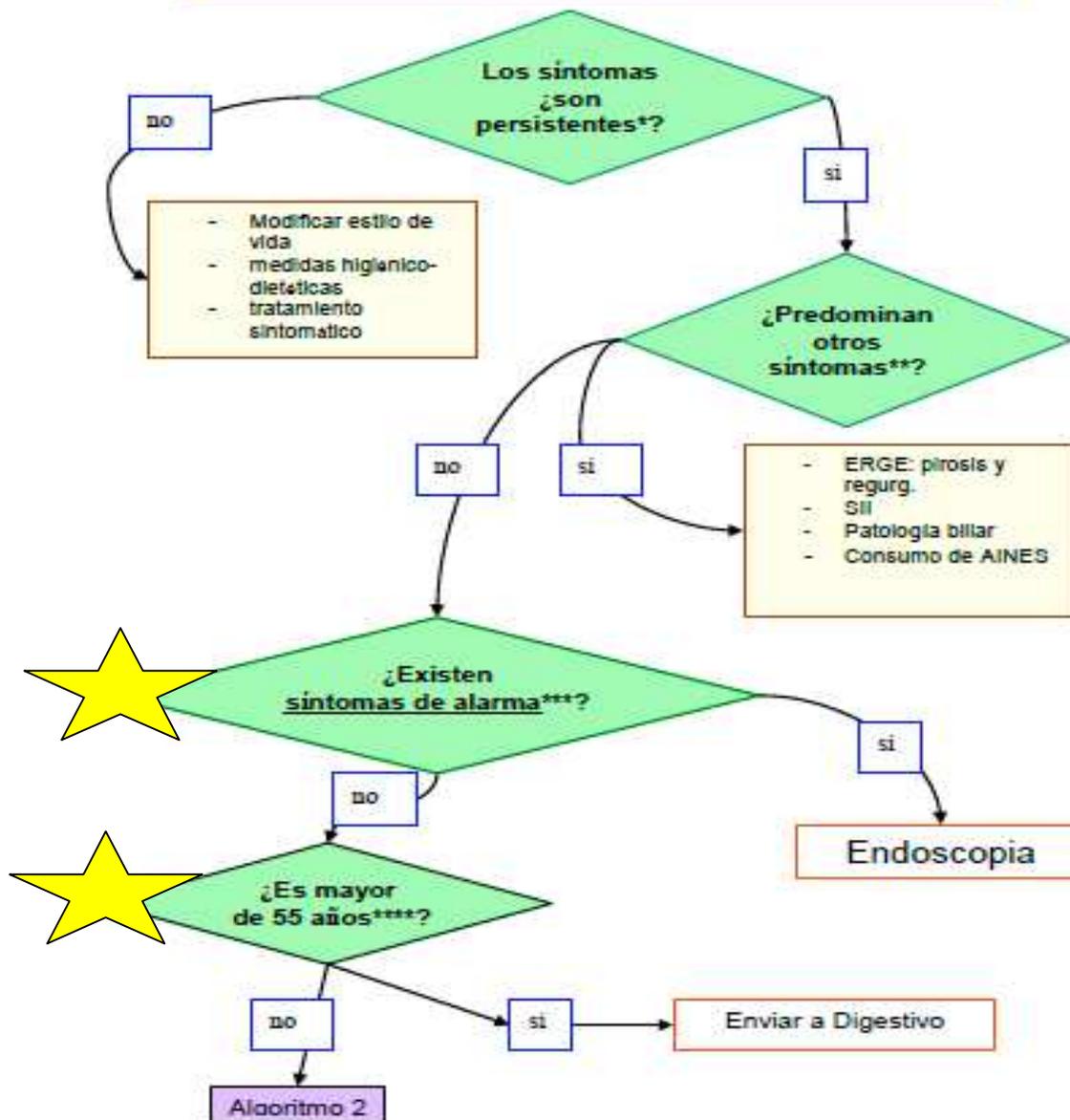
Manejo de la dispepsia



- El pasado año se realizó en el Servicio un trabajo de adaptación de guías, entre otras la de dispepsia, con motivo de la acreditación
 - Se resume en dos sencillos diagramas de decisión
-

ALGORITMO 1. Abordaje inicial del paciente dispéptico

Dolor o molestias en la parte central de hemi-abdomen superior



Síntomas de alarma



- pérdida de peso significativa no intencionada
- vómitos importantes y recurrentes
- disfagia
- sangrado digestivo (hematemesis, melenas, anemia ferropénica)
- masa abdominal palpable

La mayoría de las guías y documentos de consenso recomiendan la utilización de estos signos y síntomas como predictores de patología orgánica 3, 4, 5, 20, 21, 22.

Edad



- Las guías recomiendan la realización de endoscopia a los pacientes *mayores de 55 años con dispepsia* de nueva aparición 23, 24, 25.



ALGORITMO 2: Manejo del paciente joven (<55 años) y sin síntomas de alarma



En la práctica → *dispepsia “for dummies”*



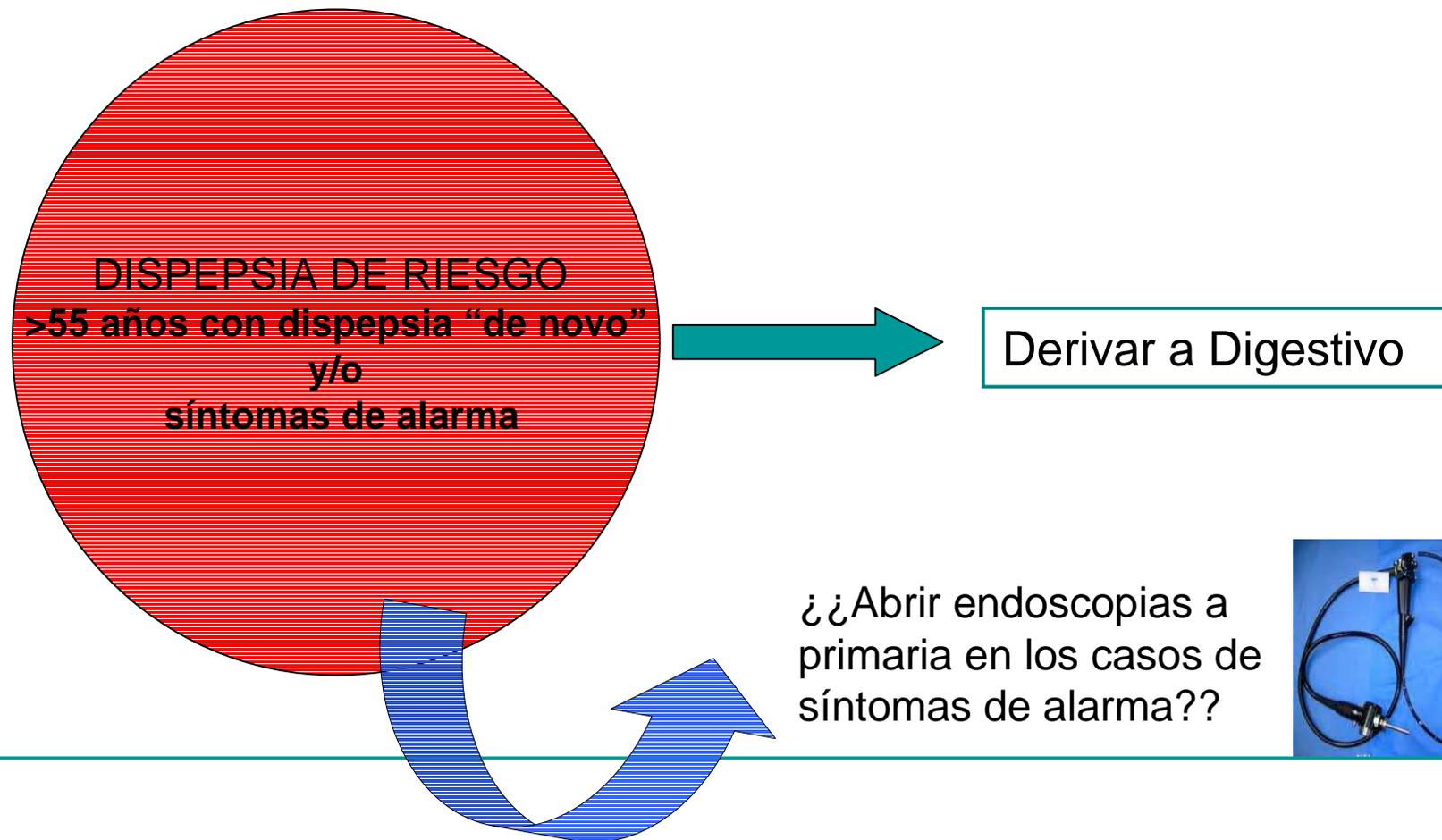
DISPEPSIA DE RIESGO

>55 años con dispepsia “de novo”
y/o
síntomas de alarma

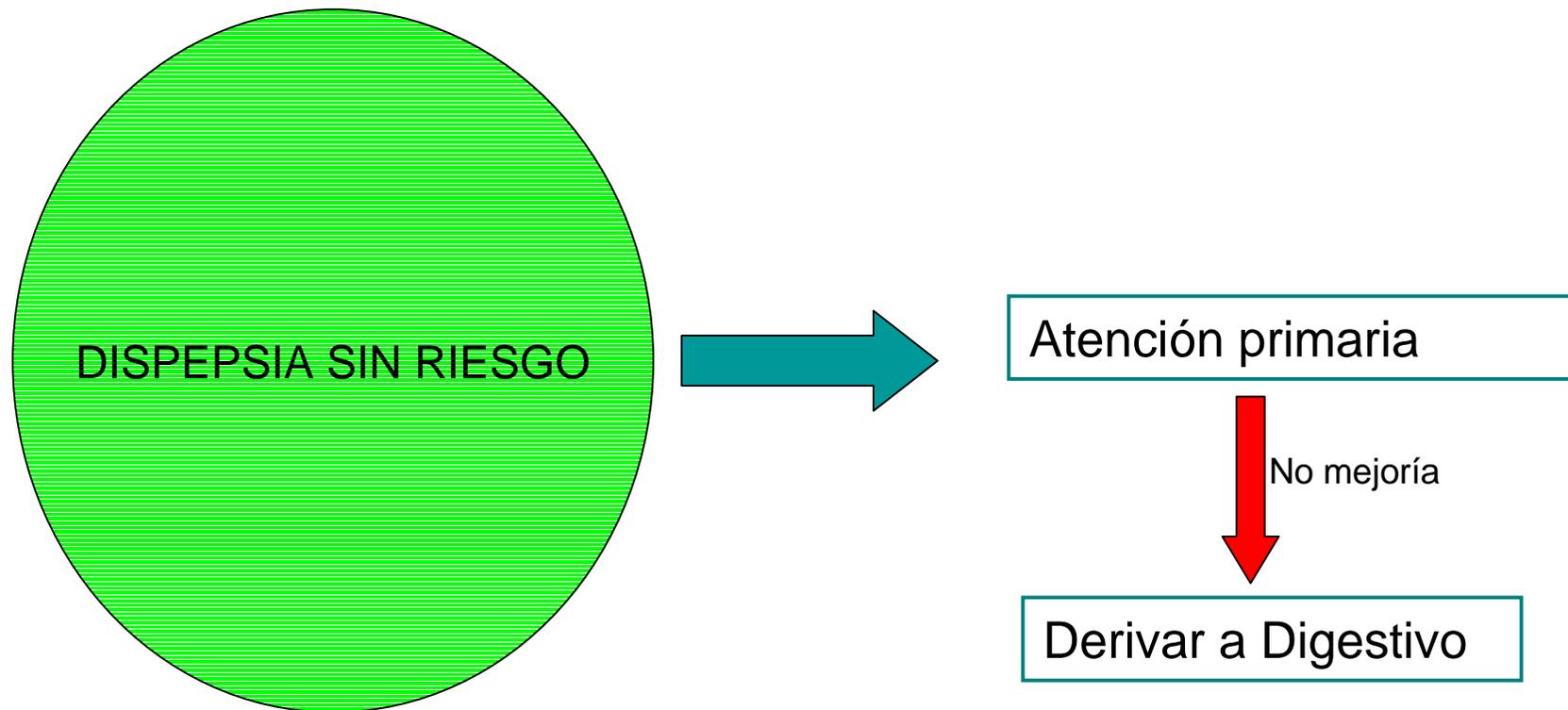
DISPEPSIA SIN RIESGO

El resto de las dispepsias

Dispepsia “de riesgo”



Dispepsia “sin riesgo”

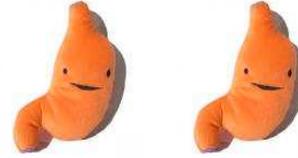


Dispepsia funcional



- Pacientes con síntomas dispépticos en los que no se encuentra patología orgánica tras haber sido investigados (incluida gastroscopia)
- Prevalencia de L 12-15% de la población enfermedades funcionales digestivas.
Manuel Díaz-Rubio
- Algo más frecuente en mujeres. Más prevalencia en jóvenes.
- Fisiopatología: desconocida. Muchas teorías (alteración vaciamiento gástrico, hipersensibilidad a la distensión duodenal/gástrica, micorinflamación mucosa postinfecciosa, infección H.pylori..)

Dispepsia funcional



- **Tratamiento: Medidas higiénico dietéticas y medicación sintomática empírica** (IBP, procinéticos o la asociación de ambos)
 - Amitriptilina (ADT) a dosis de 25-50 mg han demostrado ser útiles asociadas al tratamiento. No indicados los ansiolíticos
 - La comunicación con el paciente y la empatía es muy importante en estos casos. Abandonar frases tales como: “usted no tiene nada, eso son nervios...”
 - La confianza en el médico es crucial para el éxito terapéutico en la dispepsia funcional.
 - Psicoterapia, técnicas de relajación...importantes adyuvantes del tratamiento.
-

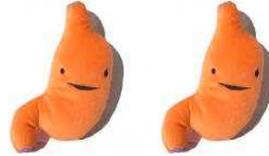
Bibliografía



- 1. Jan Tack. Funcional gastroduodenal disorders. *Gastroenterology* April 2006.130 ISSUES, 1466 – 1479.
 - 2. Talley NJ, Stanghellini V, Heading RC, Koch KL, Malagelada JR, Tytgat GN. Functional gastroduodenal disorders. *Gut* 1999; 45 (Supl. 2): 37-42.
 - 3. Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guideline: Dyspepsia. Institute for Clinical Systems Improvement, 2002. <http://www.icsi.org/guide/Dyspep.pdf>
 - 4. Aymerich M, Baena JM, Boix C, Carrillo R, Madrilejos R, Mascort JJ et al. Direcció clínica en l'atenció primària. Dispepsia - H. pylori. Guies de pràctica clínica i material docent. <http://www.gencat.net/ics/professionals/guies/dispepsia/dispepsia.htm>
 - 5. Veldhuyzen van Zanten SJO, Flook N, Chiba N, Armstrong D, Barkun A, Bradette M et al, for the Canadian Dyspepsia Working Group. An evidence-based approach to the management of uninvestigated dyspepsia in the era of Helicobacter pylori. *CMAJ* 2000; 162 (Supl. 12): 3-23.
 - 6. Stanghellini V. Three-month prevalence rates of gastrointestinal symptoms and the influence of demographic factors: results from the Domestic/International Gastroenterology Surveillance Study (DIGEST). *Scand J Gastroenterol Suppl* 1999; 231: 20-8.
 - 7. Turabian JL, Gutiérrez V. Variaciones en la frecuencia de las enfermedades crónicas y los factores de riesgo en atención primaria: 1985-1995.
 - 8. Aten Primaria 1996; 18: 65-69. Talley NJ, Silverstein MD, Agreus L, Nyren O, Sonnenberg A, Holtmann G. AGA technical review: evaluation of dyspepsia. *American Gastroenterological Association. Gastroenterology* 1998; 114: 582-595.
 - 9. Fisher RS, Parkman HP. Management of non ulcer dyspepsia. *N Engl J Med* 1998; 339: 1.376-1.381.
 - GPC Dispepsia Javier González García 16

 - 10. Haycox A, Einarson T, Eggleston A. The health economic impact of upper gastrointestinal symptoms in the general population: results from the Domestic/International Gastroenterology Surveillance Study (DIGEST). *Scand J Gastroenterol Suppl* 1999; 231: 38-47.
 - 11. Johannessen T, Petersen H, Kleveland PM, Dybdahl JH, Sandvik AK, Brenna E et al. The predictive value of history in dyspepsia. *Scand J Gastroenterol* 1990; 25: 689-697.
 - 12. Muris JW, Starmans R, Pop P, Crebolder HF, Knottnerus JA. Discriminant value of symptoms in patients with dyspepsia. *J Fam Pract* 1994; 38: 139-143.
 - 13. Bytzer P, Hansen JM, Havelund T, Malchow-Moller A, Schaffalitzky de Muckadell OB. Predicting endoscopic diagnosis in the dyspeptic patient: the value of clinical judgement. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1996; 8: 359-363.
-

Bibliografía



- 14. Hansen JM, Bytzer P, Schaffalitzky De Muckadell OB. Management of dyspeptic patients in primary care. Value of the unaided clinical diagnosis and of dyspepsia subgrouping. *Scand J Gastroenterol* 1998; 33: 799-805.
 - 15. Bustamante M, Ferrando MJ, Devesa F, Borghol A. Predicción del diagnóstico endoscópico en el paciente con dispepsia: valor del síntoma predominante de presentación y de la presunción clínica inicial. *Gastroenterol Hepatol* 2000; 23: 66-70.
 - 16. Heikkinen M, Pikkarainen P, Eskelinen M, Julkunen R. GPs' ability to diagnose dyspepsia based only on physical examination and patient history. *Scand J Prim Health Care* 2000; 18: 99-104.
 - 17. Danish dyspepsia study group. Value of the unaided clinical diagnosis in dyspeptic patients in primary care. *Am J Gastroenterol* 2001; 96: 1.417-1.421.
 - 18. Priebe WM, DaCosta LR, Beck IT. Is epigastric tenderness a sign of peptic ulcer disease? *Gastroenterology* 1982; 82: 16-19.
 - 19. Numans ME, Van der Graaf Y, de Wit NJ, Touw-Otten F, de Melker RA. How much ulcer is ulcer-like? *Diagnostic GPC Dispepsia* Javier González García 17

 - determinants of peptic ulcer in open access gastroscopy. *Fam Pract* 1994; 11: 382-388.
 - 20. SBU - The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care. Stomach pain -evidence-based methods in the diagnosis and treatment of dyspepsia. Stockholm, 2000.
 - 21. Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN). Dyspepsia. Edimburgh: SIGN, 2003 [en prensa].
 - 22. British Gastroenterology Society. Dyspepsia Management Guidelines. Londres: The Society, 2002. http://www.bsg.org.uk/pdf_word_docs/dyspepsia.doc
 - 23. Christie J, Shepherd NA, Codling BW, Valori RM. Gastric cancer below the age of 55: implications for screening patients with uncomplicated dyspepsia. *Gut* 1997; 41: 513-517.
 - 24. Gillen D, McColl KE. Does concern about missing malignancy justify endoscopy in uncomplicated dyspepsia in patients aged less than 55? *Am J Gastroenterol* 1999; 94: 75-79.
 - 25. Canga C 3rd, Vakil N. Upper GI malignancy, uncomplicated dyspepsia, and the age threshold for early endoscopy. *Am J Gastroenterol* 2002; 97: 600-603.
 - 26. Delaney B, Moayyedi P, Deeks J, Innes M, Soo S, Barton P et al. The management of dyspepsia: a systematic review. *Health Technol Assess* 2000; 4 (39). www.ncchta.org/fullmono/mon439.pdf
 - 27. Delaney BC, Innes MA, Deeks J, Wilson S, Cooner MK, Moayyedi P et al. Initial management strategies for dyspepsia (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, n.º 3, 2002. Oxford: Update Software.
-

Muchas Gracias

- Los que estén interesados pueden consultar la guía completa en la página del Servicio de Medicina Interna en la intranet
-