

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

Guía de Práctica Clínica

SEDENA

SEMAR

Diagnóstico y Tratamiento de
la Dispepsia Funcional

Evidencias y Recomendaciones

Número de Registro ESPACIO PARA SER LLENADO POR CENTEC

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

Av. Paseo de la Reforma No. 450 piso 13, Colonia Juárez,
Delegación Cuauhtémoc, 06600 México, DF.

[Página Web: www.cenetec.salud.gob.mx](http://www.cenetec.salud.gob.mx)

Publicado por CENETEC

© Copyright CENETEC

Editor General

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta Guía de Práctica Clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta Guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las variaciones de las recomendaciones aquí establecidas al ser aplicadas en la práctica, deberán basarse en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y las preferencias de cada paciente en particular; los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada institución o área de práctica

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud

Deberá ser citado como: Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de la Dispepsia Funcional, México: Secretaría de Salud; 2009.

Esta Guía puede ser descargada de Internet en:

<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>

ISBN en trámite

K30.X Dispepsia

Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Dispepsia Funcional

Autores:

Dr. Gilberto Alfaro Becerra	Médico Familiar	Instituto Mexicano del Seguro Social	Coordinación de Informática en Salud, Delegación Jalisco
Dra. Beatriz Cecilia Franco Vergara	Médico Internista	Instituto Mexicano del Seguro Social	HGZ/MF No. 7 Monclova, Coahuila
Dr. Horacio Olguín Juárez	Médico Cirujano General	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores al Servicio del Estado	Coordinación de Cirugía del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"
Dr. Sergio Ortiz García	Médico Familiar	Instituto Mexicano del Seguro Social	HP/MF 10, Delegación DF Sur
Dr. Ricardo Remigio Zenteno	Médico Familiar	Instituto Mexicano del Seguro Social	UMF 67, Cd. Obregón, Sonora
Dr. Rodolfo Rivera Zumaya	Médico Familiar	Instituto Mexicano del Seguro Social	UMF 64, Estado de México
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Médico Familiar	Instituto Mexicano del Seguro Social	División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE.

Validación Interna:

Dr. Jaime Marcial Rodríguez	Médico Internista	Instituto Mexicano del Seguro Social	HGZ. 11 Veracruz Norte
Dr. Pedro de Jesús Bernal Escobosa	Médico Familiar	Instituto Mexicano del Seguro Social	UMF 35 Culiacán Sinaloa

Validación Externa:

Dr. David Kershenobich Stalnikowitz	Gastroenterología, Hepatología	Academia Mexicana de Medicina	
-------------------------------------	--------------------------------	-------------------------------	--

ÍNDICE:

1. Clasificación	5
2. Preguntas a Responder por esta Guía	6
3. Aspectos Generales	7
3.1 Justificación	7
3.2 Objetivo de esta Guía	7
3.3 Definición	8
4. Evidencias y Recomendaciones	9
4.1 Prevención Primaria	10
4.1.1 Promoción de la Salud	10
4.2 Prevención Secundaria	10
4.2.1 Detección	10
4.2.2 Diagnóstico	11
4.2.3 Tratamiento	13
4.3 Criterios de referencia y Contrarreferencia	15
4.3.1 Criterios Técnico Médicos de Referencia	15
4.4 Vigilancia y Seguimiento	16
4.5 Tiempo Estimado de Recuperación y días de Incapacidad cuando Proceda	16
Algoritmos	17
5 . Definiciones Operativas	20
6. Anexos	21
6.1 Protocolo de Búsqueda	21
6.2 Sistemas de Clasificación de la Evidencia y Fuerza de la Recomendación	22
6.3 Clasificación o Escalas de la Enfermedad	32
6.4 Medicamentos	35
7. Bibliografía	38
8. Agradecimientos	39
9. Comité Académico	40
10. Directorio	41
11. Comité Nacional Guías de Práctica Clínica	42

1. CLASIFICACIÓN

Registro: _____	
PROFESIONALES DE LA SALUD	Médicos familiares, Médicos internistas, Cirujanos Generales
CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD	K30.X DISPEPSIA
CATEGORÍA DE GPC	Primer Nivel de Atención Diagnóstico Tratamiento Vigilancia Seguimiento
USUARIOS POTENCIALES	Médico familiar, Médico general
TIPO DE ORGANIZACIÓN DESARROLLADORA	Instituto Mexicano del Seguro Social División de Excelencia Clínica, Coordinación de UMAE. Coordinación de Informática en Salud, Delegación Jalisco. Coordinación de Cirugía del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" HGZ/MF No. 7 Monclova, Coahuila. HP/MF 10, Delegación DF Sur. UMF 67, Cd. Obregón, Sonora. UMF 64, Estado de México. HGZ. 11 Veracruz Norte. UMF 35 Culiacán Sinaloa
POBLACIÓN BLANCO	Hombres y Mujeres \geq 20 años
FUENTE DE FINANCIAMIENTO/PATROCINADOR	Instituto Mexicano del Seguro Social
INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS	Criterios diagnósticos Biometría hemática Velocidad de sedimentación globular Química sanguínea Educación nutricional Evaluación de alteraciones de la salud mental Ejercicio Apoyo psicológico Fármacos: procinéticos, antagonistas de receptores H2, inhibidores de la bomba de protones, antimicrobianos, citrato de bismuto
IMPACTO ESPERADO EN SALUD	Disminución del número de consultas Referencia oportuna y efectiva Satisfacción con la atención Mejora de la calidad de vida Tratamiento específico Uso adecuado de estudios de laboratorio y gabinete Actualización médica Uso eficiente de los recursos Diagnóstico certero y oportuno
METODOLOGÍA	Definición del enfoque de la GPC Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda Revisión sistemática de la literatura Búsquedas de bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda manual de la literatura Número de Fuentes documentales revisadas: 9 Guías seleccionadas: 8 del período 2000-2008 Revisiones sistemáticas y Metaanálisis:Ensayos ClínicosEstudios de CohorteEstudios de Casos y ControlesEstudios de Caso Validación del protocolo de búsqueda por la División de Excelencia Clínica de la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad del Instituto Mexicano del Seguro Social Adopción de guías de práctica clínica Internacionales: Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia Construcción de la guía para su validación Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones Emisión de evidencias y recomendaciones *
MÉTODO DE VALIDACIÓN	Validación del protocolo de búsqueda Método de Validación de la GPC: Validación por pares clínicos Validación Interna: Instituto Mexicano del Seguro Social/Delegación o UMAE/Unidad Médica Prueba de Campo: Instituto Mexicano del Seguro Social/Delegación o UMAE/Unidad Médica Revisión externa : Academia Mexicana de
CONFLICTO DE INTERES	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés en relación a la información, objetivos y propósitos de la presente Guía de Práctica Clínica
REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN	REGISTRO _____ FECHA DE ACTUALIZACIÓN <i>a partir del registro 2 a 3 años</i>

Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía, puede contactar al CENETEC a través del portal: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/>.

2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. ¿Qué es la dispepsia?
2. ¿Cuáles son los padecimientos con los que se debe hacer diagnóstico diferencial?
3. ¿Cuáles son los padecimientos asociados a la dispepsia funcional?
4. ¿Cuáles son los factores predisponentes para dispepsia?
5. ¿Qué aspectos deberían ser incluidos en la evaluación de un paciente con dispepsia funcional?
6. ¿Cuáles son los signos y síntomas de alarma en dispepsia funcional?
7. ¿Qué papel tiene la endoscopia en el diagnóstico de la dispepsia?
8. ¿Qué técnicas o pruebas diagnósticas son las más adecuadas para el estudio de la dispepsia?
9. ¿Cuándo se debe investigar la presencia de *H. pylori* en pacientes con dispepsia?
10. ¿Cuál es la mejor opción terapéutica en la dispepsia funcional?
11. ¿Cuál sería el manejo integral de un paciente con dispepsia funcional?
12. ¿Cuál sería la duración del tratamiento en la dispepsia?
13. ¿Cuándo se debe derivar a un paciente con dispepsia al especialista?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 JUSTIFICACIÓN

Dispepsia se refiere a un grupo de síntomas gastrointestinales que ocurren comúnmente en adultos. En algunos casos puede ser secundario a una causa orgánica pero la gran mayoría de los pacientes sufren de una dispepsia funcional.

La prevalencia de dispepsia varía considerablemente entre diferentes poblaciones. Esta diferencia en la prevalencia también puede estar dada por la definición utilizada para su medición, por lo que existen variaciones en la prevalencia que van de 7 hasta 34% a nivel mundial. En México se estima una prevalencia del 8%. (Schmulson M, 2006)

La elaboración de una GPC de dispepsia se justifica por: su alta prevalencia, su asociación con enfermedades que pueden ser graves (cáncer, ulcera péptica) y la gran variabilidad en la prescripción de fármacos y tratamientos.

El impacto económico es alto, no solo por la gran cantidad de recursos en salud que utilizan (consultas y medicamentos) sino también por el retraso en el diagnóstico oportuno de otras patologías que lleva a la aparición de mayor cantidad de complicaciones con aumento en la morbilidad y mortalidad.

El propósito de esta GPC es ser una herramienta para estandarizar el diagnóstico y tratamiento de la dispepsia funcional en el primer nivel de atención.

3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La Guía de Práctica Clínica "**Diagnóstico y Tratamiento de la Dispepsia Funcional**" forma parte de las Guías que integrarán el **Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica**, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción **Específico de Guías de Práctica Clínica**, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el **Programa Sectorial de Salud 2007-2012**.

La finalidad de este Catálogo, es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del primer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre el diagnóstico y tratamiento de la dispepsia funcional. Los objetivos de la presente guía son:

1. Unificar el abordaje de la dispepsia funcional en el primer nivel de atención.
2. Formular recomendaciones utilizando la evidencia y el consenso de expertos en los aspectos del diagnóstico, tratamiento, vigilancia y seguimiento de los pacientes con dispepsia funcional.
3. Establecer los criterios de referencia de la dispepsia funcional al segundo nivel de atención.

Lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3.3 DEFINICIÓN

Dispepsia funcional dispepsia no ulcerosa: conjunto de síntomas que se caracteriza por dolor o malestar referido a la parte central y mitad superior del abdomen, que se presenta por lo menos el 25% en las últimas cuatro semanas, que no guarda relación con la ingesta y no hay causa orgánica o alteración metabólica que justifique los síntomas. El dolor localizado en otras regiones del abdomen, el dolor irradiado, pirosis, regurgitaciones ácidas, asociación con trastornos en el hábito intestinal, no son parte de la dispepsia funcional y sirven en el diagnóstico diferencial.

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

La presentación de la evidencia y recomendaciones en la presente guía corresponde a la información obtenida de GPC internacionales, las cuales fueron usadas como punto de referencia. La evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron. Las evidencias en cualquier escala son clasificadas de forma numérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una de las GPC. En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación el número y/o letra representan la calidad y fuerza de la recomendación, las siglas que identifican la GPC o el nombre del primer autor y el año de publicación se refieren a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información como en el ejemplo siguiente:

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E. La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP, a través de la escala de Braden tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud	2++ (GIB, 2007)

En el caso de no contar con GPC como documento de referencia, las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas a través del análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos y estudios observacionales. La escala utilizada para la gradación de la evidencia y recomendaciones de estos estudios fue la escala Shekelle modificada.

Cuando la evidencia y recomendación fueron gradadas por el grupo elaborador, se colocó en corchetes la escala utilizada después del número o letra del nivel de evidencia y recomendación, y posteriormente el nombre del primer autor y el año como a continuación:

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E. El zanamivir disminuyó la incidencia de las complicaciones en 30% y el uso general de antibióticos en 20% en niños con influenza confirmada	1a [E: Shekelle] Matheson, 2007

Los sistemas para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones se describen en el Anexo 6.2.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía

	EVIDENCIA
	RECOMENDACIÓN
	BUENA PRÁCTICA

4.1 PREVENCIÓN PRIMARIA

4.1.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD

4.1.1.1 ESTILOS DE VIDA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <p>Se recomienda que en toda la población, se fomente un programa educativo que incluya la adopción de estilos de vida saludables, buenos hábitos de alimentación, actividad física y manejo de estrés (PREVENIMSS).</p>	<p>✓ Buena Práctica</p>

4.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA

4.2.1 DETECCIÓN

4.2.1.1 FACTORES DE RIESGO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <p>Se observa que el consumo de tabaco, alcohol, café y las dietas ricas en grasas son factores que se han asociado a dispepsia funcional.</p>	<p>4 Guía de práctica clínica dispepsia, Barcelona 2003.</p>
 <p>Los pacientes con estrés, ansiedad, depresión y neurosis presentan mayor riesgo de dispepsia funcional.</p>	<p>2b Guía de práctica clínica dispepsia, Barcelona 2003.</p>

E

La prevalencia de *H. pylori* se incrementa en relación a la edad y el nivel socioeconómico, y no se ha logrado confirmar o refutar su asociación con dispepsia.

1a
Guía de práctica clínica dispepsia, Barcelona 2003.

E

El tabaco y los AINE son los factores de mayor riesgo para ulcera péptica y dispepsia.

1a
Guía de práctica clínica dispepsia, Barcelona 2003.

4.2.2 DIAGNÓSTICO

4.2.2.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
R	La definición de dispepsia funcional requiere la exclusión de otras patologías locales y/o causas metabólicas.	C Management of dyspepsia and heartburn. New Zealand, 2004.
R	En los pacientes con dispepsia se deben valorar dieta, peso, tabaquismo, consumo de alcohol e ingesta de medicamentos, especialmente AINE	Consenso de expertos Management of dyspepsia and heartburn. New Zealand, 2004.
R	El paciente con antecedente de dispepsia que tiene recurrencia de los síntomas entre 1 y 6 meses después de haber suspendido el tratamiento, debe ser de nuevo evaluado buscando signos y síntomas de alarma.	C Management of dyspepsia and heartburn. New Zealand, 2004.
E	Los padecimientos que con más frecuencia se asocian a dispepsia son ERGE, ulcera péptica y cáncer gástrico.	1a Management of dyspepsia and heartburn. New Zealand, 2004.
E	La clasificación de Roma III, recomienda la subdivisión de DF en dos subgrupos: síndrome de dolor epigástrico (SDE) y síndrome de estrés postprandial (SEP). Tiene utilidad para identificar subgrupos que tienen una fisiopatología homogénea y que podrían responder a una terapia específica.	III Guidelines for the Management of Dyspepsia American Journal of Gastroenterology, 2005

R

En todos los pacientes con dispepsia se deben buscar intencionadamente signos y síntomas de alarma (anexo 6.3, cuadro I).

B
Guía de práctica clínica dispepsia, Barcelona 2003.

R

Para establecer el diagnóstico de dispepsia funcional se debe cumplir lo siguiente:

- Que los síntomas se presenten al menos en el 25% de los días en las últimas 4 semanas.
- Ausencia de daño orgánico demostrado por endoscopia gastrointestinal alta.

Consenso de expertos
Initial management of dyspepsia and GERD. ICSI, 2006.
Guía de práctica clínica dispepsia, Barcelona 2003.

4.2.2.2 PRUEBAS DIAGNÓSTICAS (LABORATORIO Y GABINETE)

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E La endoscopia es el procedimiento de elección para el estudio de la dispepsia y enfermedades asociadas (Valor Predictivo Positivo 1.00, Valor Predictivo Negativo 0.89).	1a Management of dyspepsia and heartburn. New Zealand, 2004.
R En los pacientes con dispepsia que tienen cualquier signo y síntoma de alarma, esta indicada la realización de endoscopia.	B Management of dyspepsia and heartburn. New Zealand, 2004.
R En la primera consulta de los pacientes con dispepsia se deben solicitar BHC, VSG y QS, para evaluar la presencia de anemia (signo de alarma) y otras patologías asociadas. De ser normales no es necesario volver a solicitarlos.	Consenso de expertos Management of dyspepsia and heartburn. New Zealand, 2004.
E Otros estudios de laboratorio como pruebas de función hepática (PFH) o radiografías simples, serie esofagogastroduodenal (SEGD) no son útiles para el diagnóstico de dispepsia funcional.	2b Guía de práctica clínica dispepsia, Barcelona 2003.
✓/R PFH, estudios de rayos X y SEGD, no se recomiendan de manera rutinaria en el estudio de la dispepsia funcional.	✓ Buena Práctica

E

La prueba de aliento es la prueba de elección para la detección y para comprobar la erradicación de *H. pylori* en los pacientes con dispepsia.

Zb
Guía de práctica clínica dispepsia, Barcelona 2003.

E

Es tan efectivo realizar endoscopia como dar prueba terapéutica de erradicación de *H. pylori* en pacientes con dispepsia, menores de 50 años, sin síntomas y signos de alarma, y que no hayan respondido al tratamiento empírico inicial.

1a
Dyspepsia a national clinical guidelines, SIGN 2003, actualization 2007.

✓/R

Dada la alta prevalencia de *H. pylori* en nuestra población, la prueba de aliento no se recomienda de rutina.

✓
Buena Práctica

4.2.3 TRATAMIENTO

4.2.3.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
R	En todos los pacientes con dispepsia sin signos y síntomas de alarma o manifestaciones de ERGE se debe iniciar tratamiento empírico.	Consenso de expertos Management of dyspepsia and heartburn. New Zealand, 2004.
R	En los pacientes con dispepsia se recomienda dar tratamiento empírico inicial en el siguiente orden: 1. Procinéticos, domperidona o metoclopramida 2. Ranitidina 3. Omeprazol (anexo 6.3, cuadro II)	A Management of dyspepsia and heartburn. New Zealand, 2004.
R	Si después de 4 a 12 semanas de tratamiento empírico no hay respuesta, dar tratamiento de erradicación para <i>H. pylori</i> , siempre y cuando no existan síntomas y signos de alarma o manifestaciones de ERGE. (terapia triple) (anexo 6.3, cuadro III)	A, consenso de expertos Management of dyspepsia and heartburn. New Zealand, 2004.
✓/R	Después del tratamiento de erradicación, si hay recurrencia de los síntomas a las 4 semanas, se recomienda verificar el apego terapéutico y valorar repetir el tratamiento de erradicación de <i>H. pylori</i> , incorporando al esquema citrato de bismuto (terapia cuádruple) (anexo 6.3, cuadro III)	✓ Buena Práctica

R

Si hay datos de dispepsia y pirosis tratar de primera instancia como enfermedad por reflujo gastroesofágico (ver guía correspondiente).

Consenso de expertos
Management of dyspepsia and heartburn. New Zealand, 2004.

R

En pacientes con uso de AINE y dispepsia suspenderlos si es posible.

C
Management of dyspepsia and heartburn. New Zealand, 2004.

R

En pacientes con dispepsia y uso de AINE que no sea posible suspender, se debe indicar omeprazol o reemplazar el AINE con paracetamol (dolor) o celecoxib (si es necesario el antiinflamatorio y no existe contraindicación).

A, B
Management of dyspepsia and heartburn. New Zealand, 2004.

R

En pacientes con dispepsia y uso de AINE que no mejoran con el uso de omeprazol o cambio de AINE en 4 a 8 semanas, se recomienda enviar a segundo nivel.

A
Management of dyspepsia and heartburn. New Zealand, 2004.

R

En pacientes con antecedente de dispepsia y recurrencia de los síntomas después de 6 meses de suspendido el tratamiento y sin signos/síntomas de alarma, se debe repetir el tratamiento empírico.

C
Management of dyspepsia and heartburn. New Zealand, 2004.

R

Si después de 4 a 12 semanas de tratamiento empírico hay remisión de los síntomas, no existe indicación para continuar el tratamiento farmacológico.

C
Management of dyspepsia and heartburn. New Zealand, 2004.
Initial management of dyspepsia and GERD. ICSI, 2006.

4.2.3.2 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E</p> <p>Los pacientes con dispepsia pueden beneficiarse de las modificaciones en el estilo de vida: dieta, reducción de peso, suspender tabaquismo y moderación en la ingesta de alcohol.</p>	<p>Zb Guía de práctica clínica dispepsia, Barcelona 2003. 2 Dyspepsia. Managing dyspepsia in adults in primary care. NICE 2004.</p>



A los pacientes se les debe de alentar a seguir un plan nutricional, programa de ejercicio, control del peso, suspender tabaquismo y moderar la ingesta de alcohol. Lo cual se puede reforzar si se les otorga por escrito estas recomendaciones (anexo 6.3, cuadro IV).

✓
Buena Práctica



En caso de que el paciente presente estrés, ansiedad, depresión o cualquier otro trastorno emocional se recomienda enviar a psicología para valoración.

✓
Buena práctica

4.3 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

4.3.1 CRITERIOS TÉCNICO MÉDICOS DE REFERENCIA

4.3.1.1 REFERENCIA AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>B, C Management of dyspepsia and heartburn. New Zealand, 2004.</p>
	<p>B Management of dyspepsia and heartburn. New Zealand, 2004.</p>
	<p>B Management of dyspepsia and heartburn. New Zealand, 2004.</p>
	<p>A Management of dyspepsia and heartburn. New Zealand, 2004.</p>

4.4 VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

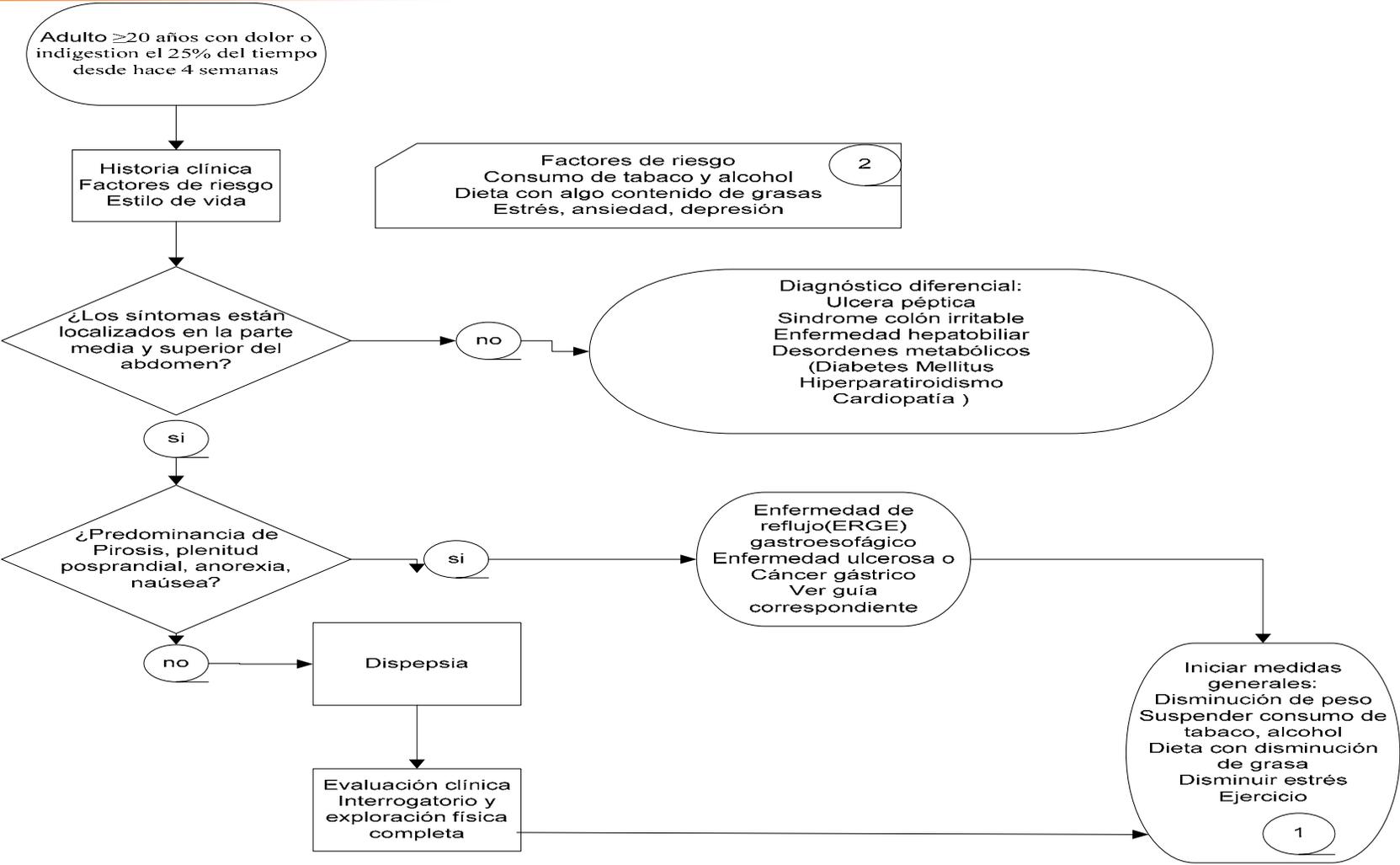
Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 Se recomienda que una vez remitidos los síntomas y suspendido el tratamiento se cite al paciente en 4 a 8 semanas para control.	✓ Buena Práctica

4.5 TIEMPO ESTIMADO DE RECUPERACIÓN Y DÍAS DE INCAPACIDAD CUANDO PROCEDA

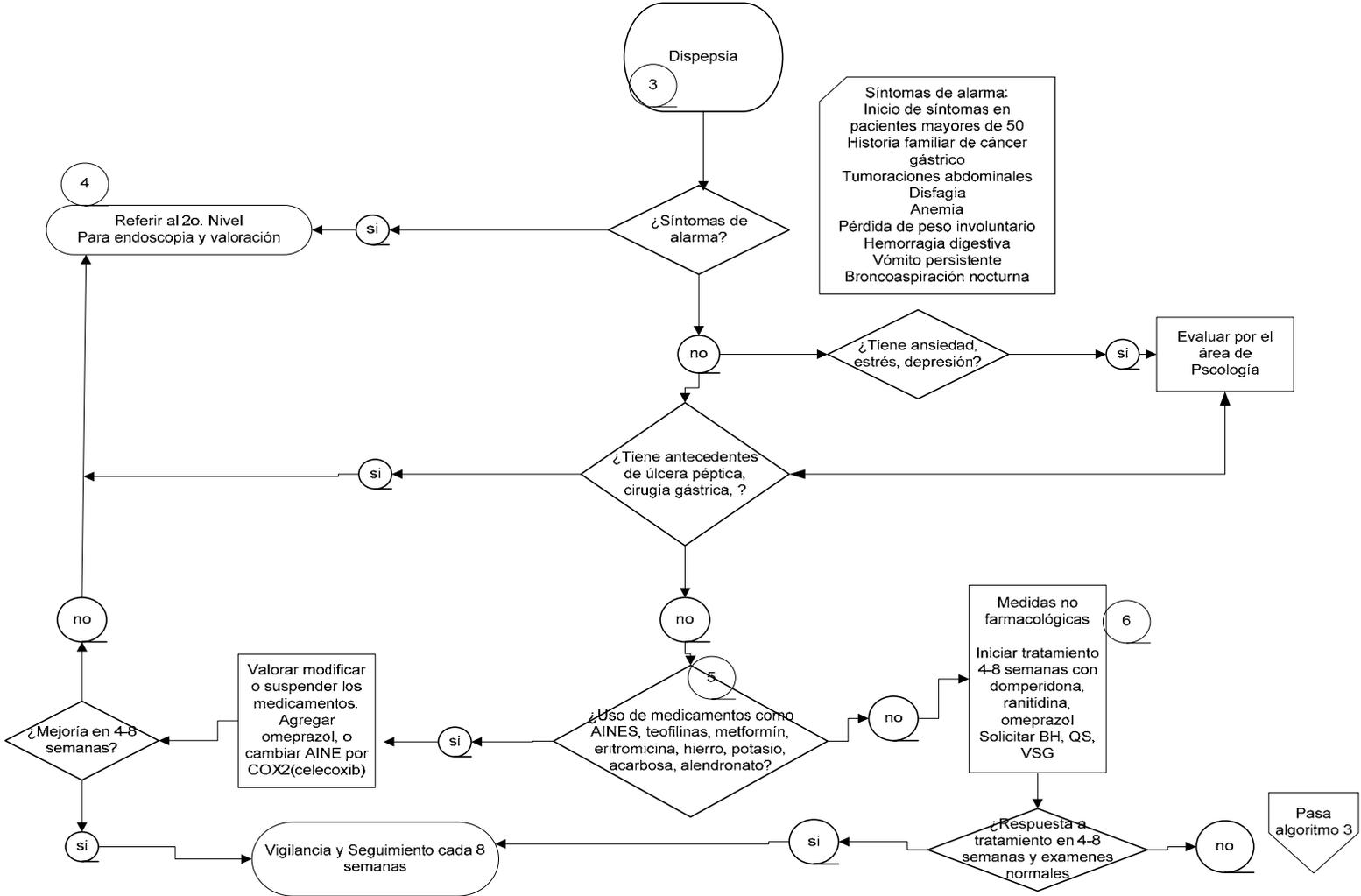
Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 Se recomienda que una vez remitidos los síntomas y suspendido el tratamiento se cite al paciente en 4 a 8 semanas para control.	C MDA, 2005

ALGORITMOS

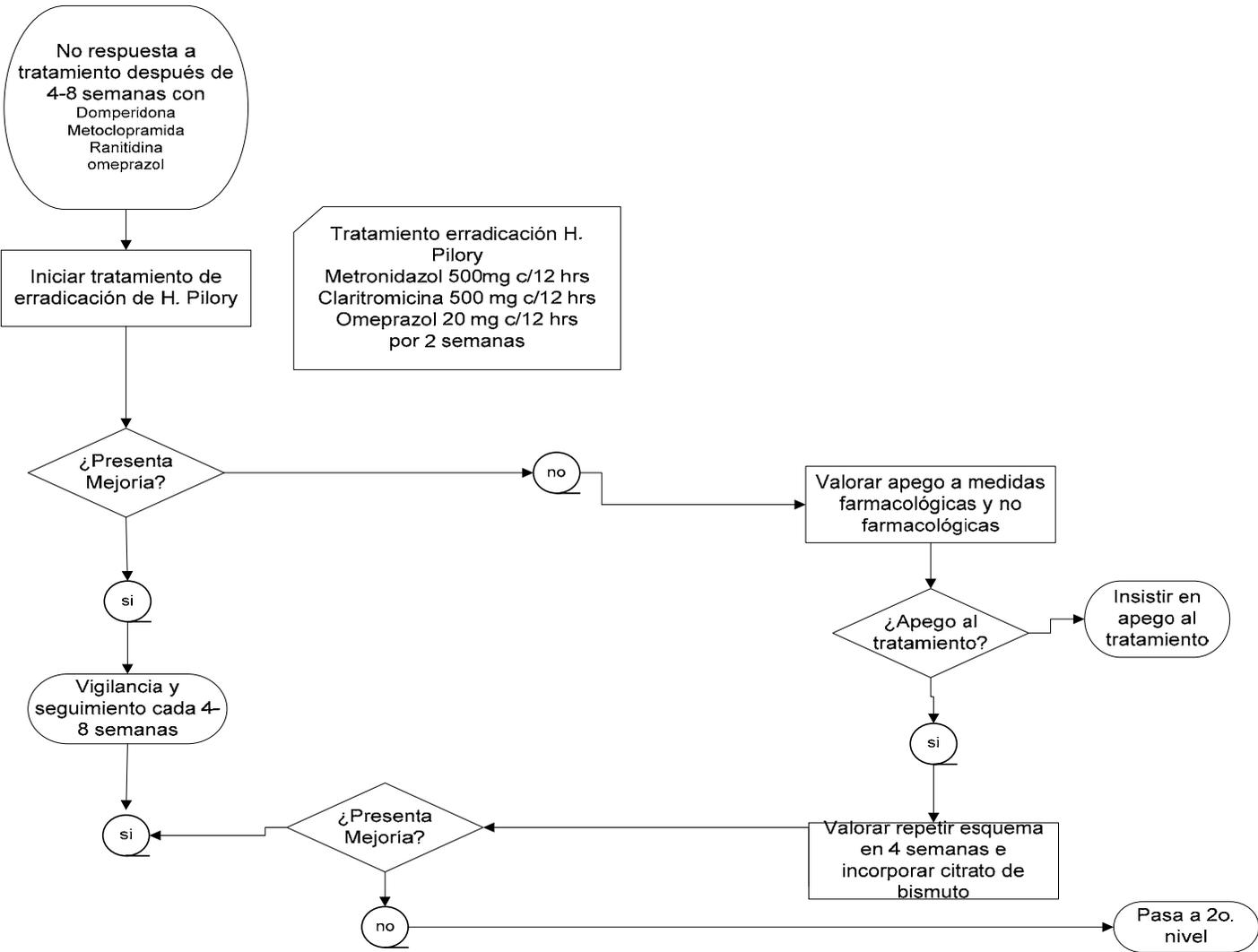
ALGORITMO 1. DISPEPSIA FUNCIONAL. DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN



ALGORITMO 2. DISPEPSIA FUNCIONAL. MANEJO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN



ALGORITMO 3. DISPEPSIA FUNCIONAL. MANEJO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN



5 . DEFINICIONES OPERATIVAS

Distensión del abdomen superior: Sensación de pesantez o peso localizado en la parte superior del abdomen; debe ser diferenciado de la distensión abdominal visible.

Dolor centrado en el abdomen superior: Dolor referido como una sensación subjetiva y desagradable. Otros síntomas que pueden ser realmente molestos son interpretados por el paciente como el dolor. Mediante la entrevista clínica al paciente, el dolor debe diferenciarse de las molestias.

Enfermedad de reflujo gastroesofágico (ERGE): Describe la sensación del retorno del contenido del estómago, a través del esfínter esofágico inferior hacia el esófago, provocando la exposición de la mucosa al contenido ácido del estómago. Los síntomas asociados son pirosis, regurgitaciones, agruras, "acedias".

Enfermedad ulcerosa péptica: Es la perforación en la mucosa del estómago o duodeno, que en ocasiones puede extenderse hasta la capa muscular.

Malestar abdominal: sensación subjetiva negativa no interpretada como dolor, incluye sensación de plenitud gástrica temprana, náusea, vómito, eructos, distensión e "indigestión".

Náusea: Repugnancia o sensación de ganas de vomitar, que a veces se acompaña de sensación de mareo.

Pirosis: Sensación de quemadura retroesternal.

Plenitud: Sensación desagradable de persistencia de comida en el estómago.

Saciedad temprana: Sensación de que el estómago se llena pronto, después de empezar a comer, de manera desproporcionada con la cantidad de comida ingerida e impidiendo al paciente termine de comer.

6. ANEXOS

6.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

Se formularon preguntas clínicas concretas y estructuradas según el esquema paciente-intervención-comparación-resultado (PICO) sobre diagnóstico y tratamiento de la dispepsia funcional.

Se estableció una secuencia estandarizada para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica (GPC), a partir de las preguntas clínicas formuladas sobre diagnóstico y tratamiento de la dispepsia funcional en las siguientes bases de datos: Fistera, Guidelines Internacional Networks, Practice Guideline, National Guideline Clearinghouse, New Zealand Clinical Guidelines Group, Primary Care Clinical Practice Guidelines y Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

El grupo de trabajo selecciono las guías de práctica clínica con los siguientes criterios:

- Idioma inglés y español
- Metodología de medicina basada en la evidencia
- Consistencia y claridad en las recomendaciones
- Publicación reciente
- Libre acceso

Se encontraron 8 guías, de las cuales fueron seleccionadas las siguientes:

1. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Dyspepsia a national clinical guidelines, 2003, actualización 2007.
2. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Dyspepsia. Managing dyspepsia in adults in primary care. 2004.
3. Guía clínica para la atención de la dispepsia funcional, IMSS, 2003.
4. Guía de práctica clínica dispepsia 3. Manejo del paciente con dispepsia. Barcelona 2003.
5. New Zealand Guidelines Group (NZGG). Evidence-based Best Practice Guideline. Management of dyspepsia and heartburn. 2004.
6. Initial management of dyspepsia and GERD. ICSI, 2006.
7. Guía clínica de dispepsia del médico de familia. Fistera, 2004.
8. An evidence-based approach to the management of uninvestigated dyspepsia in the era of H. pylori. CMAJ, 2000.

De estas guías se tomaron gran parte de las recomendaciones. Para las recomendaciones no incluidas en las guías de referencia el proceso de búsqueda se llevo a cabo en Pubmed y Cochrane Library Plus utilizando los términos y palabras claves: dyspepsia, functional dyspepsia, gastroduodenal disorders, nonulcer dyspepsia, functional gastrointestinal disorders, guidelines, dispepsia, dispepsia funcional, dispepsia no ulcerosa y dispepsia orgánica

La búsqueda se limitó a revisiones sistemáticas, meta-análisis y ensayos clínicos controlados en idioma inglés y español, publicados a partir del 2000.

En caso de controversia de la información y resultados reportados en los estudios, las diferencias se discutieron en consenso y se empleo el formato de juicio razonado para la formulación de recomendaciones. Se marcaron con el signo ✓ y recibieron la consideración de práctica recomendada u opinión basada en la experiencia clínica y alcanzada mediante consenso.

6.2 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos, liderados por Guyatt, de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster en Canadá. En palabras de Sackett, “la MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales” (Evidence-Based Medicine Working Group 1992, Sackett et al, 1996).

En esencia, la MBE pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, siendo su objetivo disponer de la mejor información científica disponible -la evidencia- para aplicarla a la práctica clínica (Guerra Romero et al, 1996)

La fase de presentación de la evidencia consiste en la organización de la información disponible según criterios relacionados con las características cualitativas, diseño y tipo de resultados de los estudios disponibles. La clasificación de la evidencia permite emitir recomendaciones sobre la inclusión o no de una intervención dentro de la GPC (Jovell AJ et al, 2006)

Existen diferentes formas de gradar la evidencia (Harbour R et al, 2001) en función del rigor científico del diseño de los estudios pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria (Guyatt GH et al, 1993). Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

A continuación se describen las escalas de evidencia para las referencias utilizadas en esta guía y de las GPC utilizadas como referencia para la adopción y adaptación de las recomendaciones.

Cuadro I. La Escala Modificada de Shekelle y Colaboradores

Clasifica la evidencia en niveles (categorías) e indica el origen de las recomendaciones emitidas por medio del grado de fuerza. Para establecer la categoría de la evidencia utiliza números romanos de I a IV y las letras a y b (minúsculas). En la fuerza de recomendación letras mayúsculas de la A a la D.

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
Ia. Evidencia para meta-análisis de los estudios clínicos aleatorios Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorios	A. Directamente basada en evidencia categoría I
IIa. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad IIb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte	
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas	C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas	

Modificado de: Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999; 3:18:593-59

Cuadro II. Nivel de evidencia y grado de recomendación guía clínica de manejo de dispepsia del grupo de nueva Zelanda.

Niveles de evidencia	
Evidencia obtenida de meta análisis de ensayos controlados aleatorizados (ECA)	Ia
Evidencia obtenida de ensayos controlados	Ib
Evidencia obtenida de estudios controlados sin aleatorización	IIa
Evidencia obtenida de estudios con diseño cuasi-experimental	IIb
Evidencia obtenida de estudios descriptivos, comparativos como estudios de casos y de correlación	III
Evidencia obtenida de reporte de comité de expertos, opinión y/o experiencia clínica de autoridades respetadas	IV
Grado de recomendación	
EVIDENCIA NIVEL Ia y Ib Requiere un (ECA) como parte del cuerpo de la literatura de buena calidad y consistencia para la recomendación específica	A
EVIDENCIA NIVEL IIa, IIb y III Requiere disponibilidad de estudios bien conducidos, pero no ECA para la recomendación específica.	B
EVIDENCIA NIVEL IV Requiere evidencia obtenida de reporte de comité de expertos, opinión y/o experiencia clínica de autoridades respetadas	C
NOTAS DE BUENA PRACTICA Recomendaciones para mejorar la practica clínica basadas en la experiencia de la Dispepsia y Enfermedad del Reflujo Gastroesofágico	√

Fuente: New Zealand Guidelines Group (NZGG). Evidence-based Best Practice Guideline. Management of dyspepsia and heartburn. 2004.

Cuadro III. Nivel de Grado de la Evidencia ICSI INITIAL MANAGEMENT OF DYSPEPSIA AND GERD. 2006

I.- Tipos de reportes de investigación

A.- Reportes primarios de una nueva colección de datos

Clase A	Ensayo clínico aleatorizado
Clase B	Estudio de cohorte
Clase C	Ensayo no aleatorizado con controles concurrentes o históricos Estudio de casos y controles Estudio de sensibilidad y especificidad de una prueba diagnóstica Estudio descriptivo de base poblacional
Clase D	Estudio transversal Series de casos Reporte de caso

B.- Reportes que sintetizan la recolección de reportes primarios

Clase M	Meta-análisis Revisión sistemática Análisis de decisión Análisis costo-efectividad
Clase R	Documento de consenso Reporte de consenso Revisión narrativa
Clase X	Opinión médica

Fuente: Initial management of dyspepsia and GERD. ICSI, 2006.

Cuadro IV. Grado de Recomendación y Evidencia Guía Práctica Clínica NICE 2004.

Grado de evidencia	Interpretación de la evidencia
I ALTO	La descripción de los efectos es pausable, con cuantificación precisa y no vulnerable a sesgo.
II INTERMEDIO	La descripción de los efectos es pausable pero no hay cuantificación precisa y puede ser vulnerable a sesgo.
III BAJO	Presenta vulnerabilidad a sesgo grave que limita el valor del efecto medido o cuantificado
Grado de recomendación	Interpretación de la recomendación
A RECOMENDACIÓN	Hay una recomendación fuerte para recomendar un patrón de atención
B RECOMENDACIÓN PROVISIONAL	Sobre el balance de la evidencia, un patrón de atención es recomendado con precaución.
C OPINIÓN DE CONSENSO	Evidencia inconsistente, el patrón de atención es recomendado por consenso del grupo de trabajo

Fuente: NICE. Dyspepsia. Managing dyspepsia in adults in primary care. 2004

Cuadro V. Nivel de Evidencia y Grados de Recomendación Scottish Intercollegiate Guidelines Network Dyspepsia 2003, Actualization 2007.

Niveles de evidencia	
1++	Alta calidad metaanálisis, revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios (ECA) ó ECA con un bajo riesgo de sesgo
1+	Metaanálisis bien conducidos, revisiones sistemáticas de ECA ó ECA con bajo riesgo de sesgo
1-	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ECA ó ECA con un alto riesgo de sesgo
2++	Alta calidad revisiones sistemáticas de estudios de cohorte ó casos y controles Alta calidad estudios de cohorte ó casos y control con muy bajo riesgo de confusión ó sesgo y alta probabilidad de que la relación es causal
2+	Estudios de cohorte o casos y controles bien conducidos con un bajo riesgo de confusión o sesgo y una moderada probabilidad de que la relación es causal
2-	Estudios de cohorte o casos y controles bien conducidos con un alto riesgo de confusión o sesgo y riesgo significativo de que la relación no es causal
3	Estudios no analíticos (reporte de casos, serie de casos)
4	Opinión de expertos
Grado de recomendación	
A	Como mínimo un metaanálisis, revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios (ECA) ó ECA clasificados como 1++ y directamente aplicable a la población blanco ó El sustento de la evidencia consiste principalmente de estudios clasificados 1+ , directamente aplicable a la población blanco y demostración consistente de los resultados
B	El sustento de la evidencia incluye estudios clasificados 2++ directamente aplicable a la población blanco y demostración consistente de los resultados ó Evidencia extrapolada de estudios clasificados como 1++ ó 1+
C	El sustento de la evidencia incluye estudios clasificados 2+ directamente aplicable a la población blanco y demostración consistente de los resultados ó Evidencia extrapolada de estudios clasificados como 2++
D	Nivel de evidencia 3 ó 4 ó Evidencia extrapolada de estudios clasificados como 2+
√	Recomendaciones para mejorar la practica clínica basadas en la experiencia clínica del grupo que elaboró la guía.

Fuente: SIGN. Dyspepsia a national clinical guidelines 2003, actualization 2007

Cuadro VI. Escala de Recomendaciones y Nivel de Evidencia Guía de Práctica Clínica Dispepsia. Manejo del Paciente con Dispepsia. Barcelona 2003. (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria)

Estudios sobre tratamiento, prevención, etiología y complicaciones

Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	1a	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios, con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección)
	1b	Ensayo clínico aleatorio individual (con intervalos de confianza estrechos)
	1c	Eficacia demostrada por la práctica clínica y no por la experimentación
B	2a	Revisión sistemática de estudios de cohortes, con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección)
	2b	Estudio de cohortes individual y ensayos clínicos aleatorios de baja calidad (< 80% de seguimiento)
	2c	Investigación de resultados en salud, estudios ecológicos
	3a	Revisión sistemática de estudios de caso-control, con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección)
	3b	Estudios de caso-control individuales
C	4	Serie de casos y estudios de cohortes y caso-control de baja calidad
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita

Estudios de historia natural y pronóstico

Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	1a	Revisión sistemática de estudios cuyo diseño es de tipo cohortes,
	1b	con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección), reglas de decisión diagnóstica (algoritmos de estimación o escalas que permiten estimar el pronóstico)
	1c	validadas en diferentes poblaciones Estudio cuyo diseño es de tipo cohortes con > 80% de seguimiento, reglas de decisión diagnóstica (algoritmos de estimación o escalas que permiten estimar el pronóstico) validadas en una única población Eficacia demostrada por la práctica clínica y no por la experimentación (series de casos)
B	2a	Revisión sistemática de estudios de cohorte retrospectiva o de grupos controles no tratados en un ensayo clínico aleatorio, con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección)
	2b	Estudio de cohorte retrospectiva o seguimiento de controles no tratados en un ensayo clínico aleatorio, reglas de decisión diagnóstica (algoritmos de estimación o escalas que permiten estimar el pronóstico)
	2c	validadas en muestras separadas Investigación de resultados en salud
C	4	Serie de casos y estudios de cohortes de pronóstico de poca calidad
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita

Diagnóstico diferencial/estudio de prevalencia de síntomas

Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	1a	Revisión sistemática, con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección) de estudios prospectivos de cohortes
	1b	Estudio de cohortes prospectivo con un seguimiento > 80% y con una duración adecuada para la posible aparición de diagnósticos alternativos
	1c	Eficacia demostrada por la práctica clínica y no por la experimentación (series de casos)
B	2a	Revisión sistemática de estudios de nivel 2 o superiores, con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección)
	2b	Estudio de cohortes retrospectivo o de baja calidad (< 80% de seguimiento)
	2c	Estudios ecológicos
	3a	Revisión sistemática de estudios de nivel 3b o superiores, con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección)
	3b	Estudio de cohortes con pacientes no consecutivos o con una población muy reducida
C	4	Series de casos o estándares de referencia no aplicados
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita

Diagnóstico

Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	1a	Revisión sistemática de estudios diagnósticos de nivel 1 (alta calidad), con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección), reglas de decisión diagnóstica con estudios 1 b de diferentes centros clínicos
	1b	Estudios de cohortes que validen la calidad de un test específico, con unos buenos estándares de referencia (independientes del test) o a partir de algoritmos de categorización del diagnóstico (reglas de decisión diagnóstica)
	1c	estudiados en un solo centro Pruebas diagnósticas con especificidad tan alta que un resultado positivo confirma el diagnóstico y con sensibilidad tan alta que un resultado negativo descarta el diagnóstico
B	2a	Revisión sistemática de estudios diagnósticos de nivel 2 (mediana calidad) con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección)
	2b	Estudios exploratorios que, por ejemplo, a través de una regresión logística, determinen qué factores son significativos con unos buenos estándares de referencia (independientes del test), algoritmos de categorización del diagnóstico (reglas de decisión diagnóstica) derivados o validados en muestras separadas o bases de datos
	3a	Revisión sistemática de estudios diagnósticos de nivel 3 b o superiores (mediana calidad) con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección)
	3b	Estudio con pacientes no consecutivos, sin estándares de referencia aplicados de manera consistente
C	4	Estudio de casos y controles de baja calidad o sin un estándar independiente
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita

Análisis económico y análisis de decisiones

Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	1a	Revisión sistemática de estudios económicos de nivel 1 (alta calidad), con homogeneidad, o sea, que incluya estudios con resultados comparables
	1b	y en la misma dirección
	1c	Análisis basados en los costes clínicos o en sus alternativas, revisiones sistemáticas de la evidencia, e inclusión de análisis de sensibilidad Análisis en términos absolutos de riesgos y beneficios clínicos: claramente tan buenas o mejores, pero más baratas, claramente tan malas o peores, pero más caras
B	2a	Revisión sistemática de estudios económicos de nivel 2 (mediana calidad) con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables
	2b	y en la misma dirección)
	2c	Análisis basados en los costes clínicos o en sus alternativas, revisiones sistemáticas con evidencia limitada, estudios individuales, e
	3a	inclusión de análisis de sensibilidad
	3b	Investigación de resultados en salud Revisión sistemática de estudios económicos de nivel 3 b o superiores (mediana calidad) con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección) Análisis sin medidas de coste precisas, pero incluyendo un análisis de sensibilidad que incorpora variaciones clínicamente sensibles en las variables importantes
C	4	Análisis que no incluye análisis de la sensibilidad
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita

Fuentes: Guía de práctica clínica. Manejo del paciente con dispepsia. Barcelona 2003

6.3 CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD

Cuadro I. Signos y Síntomas de Alarma en Dispepsia*

<p>Inicio de los síntomas en pacientes mayores de 50 años Historia familiar de cáncer gástrico, sobre todo en menores de 50 años Alteraciones en la exploración física (tumores abdominales) Presencia de disfagia Anemia Pérdida de peso no intencionada o inexplicable mayor del 5% Hemorragia digestiva manifestada por hematemesis y/o melena Vómito persistente Accesos de tos con broncoaspiración nocturna</p> <p>El uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) asociado a otros signos o síntomas de alarma se considera de más alto riesgo</p> <p>*Indican la necesidad de envío para realizar endoscopia lo más pronto posible</p>
--

Fuente: New Zealand Guidelines Group (NZGG). Summary. Evidence-based Best Practice Guideline. Management of dyspepsia and heartburn. 2004.

Cuadro II. Tratamiento Farmacológico Utilizado En La Dispepsia

Inhibidores de la bomba de protones			
Principio activo	Dosis recomendada	tiempo	Presentación
Omeprazol	20mg/24hrs	4-12 semanas	20mg tab/14 tab
Pantoprazol	20mg/24hrs	4-12 semanas	20mg tab/14 tab
Antagonistas de receptores H2			
Ranitidina	150mg /12 hrs	4-12 semanas	150mg tab/20 tab
Procineticos			
Metoclopramida	10mg preprandial	4-12 semanas	10mg tab /20 tab
Domperidona	10mg preprandial	4-12 semanas	10mg tab /20 tab

Cuadro III. Tratamiento de Erradicación de *H. PYLORI*

Tratamiento de erradicación de <i>h. pylori</i> *			
Terapia triple	Opción 1	IBP 20mg c/12 hrs	14 días
		Claritromicina 500mg c/12 hrs	14 días
		Amoxicilina 1000mg c/12 hrs	14 días
	Opción 2	IBP 20mg c/12 hrs	14 días
		Claritromicina 500mg c/12 hrs	14 días
		Metronidazol 500mg c/12 hrs	14 días
	Opción 3	Ranitidina 300mg c/12 hrs	14 días
		Claritromicina 500mg c/12 hrs	14 días
		Amoxicilina 1000mg c/12 hrs	14 días
Terapia cuádruple	Opción 1	IBP 20mg c/12 hrs	14 días
		Citrato de bismuto 120ml c/6 hrs	14 días
		Metronidazol 500mg c/8 hrs	14 días
		Claritromicina 500mg c/12 hrs	14 días

*Tetraciclina 500 mg /6 hrs es la opción en caso de cepas resistentes a metronidazol o amoxicilina.

Fuente: New Zealand Guidelines Group (NZGG). Summary. Evidence-based Best Practice Guideline. Management of dyspepsia and heartburn. 2004.

Cuadro IV. Guía de Recomendaciones para el Paciente con Dispepsia Funcional.

DISPEPSIA: Se refiere al dolor o malestar localizado en la “boca del estomago” o indigestión, suele acompañarse de náuseas, sensación de llenura, distensión, eructos. Es un mal funcionamiento del estomago.

Se puede presentar en situaciones de estrés, ansiedad y depresión.

También se puede deber al consumo de algunos medicamentos como naproxen, diclofenaco, piroxicam, indometacina o aspirina.

Comer mal, a deshoras, alimentos grasosos o condimentados, fumar, tomar bebidas alcohólicas, bebidas gaseosas (sodas, refrescos) o café contribuye al empeoramiento de las molestias.

Si fuiste diagnosticado con dispepsia funcional las medidas generales que te ayudarán a disminuir las molestias y que debes de seguir son:

1. CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA:

- Evitar ayunos prolongados.
- Evitar comidas abundantes, ricas en grasa y condimentos. Es preferible ingerir alimentos en poca cantidad y en mayor número de veces.
- Evitar situaciones que provoquen estrés.
- Evitar el 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.
- Estos cambios en los hábitos se deben continuar a pesar de tener mejoría, pues se trata de un padecimiento crónico.

2. ACTIVIDAD FÍSICA:

- Realizar ejercicio por 30 minutos, 5 días de la semana (caminar, trotar, nadar, andar en bicicleta, etc.).

3. AUTOMEDICACIÓN:

- Evitar la automedicación, ante cualquier síntoma acudir al médico familiar para que este determine el medicamento apropiado.
- Si toma otros medicamentos debe mencionárselo a su médico.

4. DIETA:

- Evitar alimentos ricos en grasas y en condimentos.
- Ingerir por menos de 4 a 8 vasos de agua al día.
- Evitar la siesta después de las comidas.

5. DATOS DE ALARMA:

- Si presentas pérdida de peso sin causa aparente.
- Vómito con sangre o negruzco.
- Evacuaciones negras u oscuras.
- Dolor o dificultad para pasar los alimentos.
- Si notas tumores o abultamientos en tu estómago.
- Si las molestias siguen después de dos meses.

**ANTE LA PRESENCIA DE CUALQUIERA DE ESTOS,
ACUDE A CONSULTA CON TU MEDICO FAMILIAR.**

6.4 Medicamentos

Cuadro I. Medicamentos Indicados en el Tratamiento de Dispepsia Funcional

Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
2128	Amoxicilina	1000 mgs cada 12 horas	500 mgs/ envase con 12 ó 15 cápsulas	14 días	Náusea, vómito, diarrea.	Con probenecid y cimetidina aumentan su concentración plasmática.	Hipersensibilidad a las penicilinas o a las cefalosporinas.
	Citrato de bismuto	120 ml cada 6 horas		14 días	Encefalopatía, constipación, acúfenos, ennegrecimiento temporal de lengua y heces.	Disminuye el efecto de los anticoagulantes e hipoglucemiantes orales. Con probenecid riesgo de disminución del efecto uricosúrico.	Hipersensibilidad al fármaco y a salicilatos; úlcera péptica sangrante, insuficiencia renal, hemofilia.
2132	Claritromicina	500 mgs cada 12 horas	250 mgs/ envase con 10 tabletas	14 días	Náusea, vómito, dispepsia, dolor abdominal, diarrea, urticaria, cefalea.	Incrementa los efectos de terfenadina, carbamazepina, cisaprida, digoxina, ergotamina, teofilina, zidovudina y triazolam.	Hipersensibilidad al fármaco.
	Domperidona	10 mgs preprandial		4-12 semanas			
1242	Metoclopramida	10 mgs preprandial	10 mgs/ envase con 20 tabletas	4-12 semanas	Somnolencia, astenia, fatiga, lasitud, con menor frecuencia puede aparecer, insomnio, cefalea, mareos, náuseas, síntomas extrapiramidales, galactorrea, ginecomastia, "rash", urticaria o trastornos intestinales.	Anticolinérgicos y opiáceos antagonizan su efecto sobre la motilidad. Se potencian los efectos sedantes con bebidas alcohólicas, hipnóticos, tranquilizantes y otros depresores del sistema nervioso central.	Hipersensibilidad al fármaco, hemorragia gastrointestinal, obstrucción mecánica o perforación intestinal

1308	Metronidazol	500 mgs cada 8 ó 12 horas (de acuerdo a terapia triple o cuádruple)	500 mgs/ envase con 20 ó 30 tabletas	14 días	Vértigo, cefalea, náusea, vómito, anorexia, cólicos, diarrea, calambres abdominales, depresión, insomnio.	Con la ingestión de alcohol se produce el efecto antibuse, con la ciclosporina puede aumentar los riesgos de neurotoxicidad.	Hipersensibilidad al fármaco.
	Omeprazol	20 mgs cada 24 horas	20 mgs/ envase con 7 cápsulas	4-12 semanas	Rash, urticaria, prurito, diarrea, cefalea, náusea, vómito, flatulencia, dolor abdominal, somnolencia, insomnio, vértigo, visión borrosa alteración del gusto, edema periférico, ginecomastias, leucopenia, trombocitopenia, fiebre, broncospasmo.	Puede retrasar la eliminación del diazepam, de la fenitoína y de otros fármacos que se metabolizan en hígado por el citocromo P450, altera la eliminaciones del ketoconazol y claritromicina.	Hipersensibilidad a los componentes de la fórmula.
	Pantoprazol	20 mgs cada 24 horas		4-12 semanas	Rash, urticaria, prurito, diarrea, cefalea, náusea, vómito, flatulencia, dolor abdominal, somnolencia, insomnio, vértigo, visión borrosa alteración del gusto, edema periférico, ginecomastias, leucopenia, trombocitopenia, fiebre, broncospasmo.	Puede retrasar la eliminación del diazepam, de la fenitoína y de otros fármacos que se metabolizan en hígado por el citocromo P450, altera la eliminaciones del ketoconazol y claritromicina.	Hipersensibilidad a los componentes de la fórmula.
1233	Ranitidina	150 mgs cada 12 horas	150 mgs/ envase con 20 grageas o tabletas	4-12 semanas	Neutropenia, trombocitopenia, cefalea, malestar general, mareos, confusión, bradicardia, náusea y estreñimiento, ictericia, exantema.	Los antiácidos interfieren con su absorción. Aumenta los niveles sanguíneos de glipizida, procainamida, warfarina, metoprolol, nifedipino y fenilhidantoina; disminuye la absorción de ketoconazol.	Hipersensibilidad al fármaco y a otros antagonistas de los receptores H2, cirrosis y encefalopatía hepática, IRC.

1981	Tetraciclina	500 mgs cada 6 horas	250 mgs/ envase con 10 tabletas o cápsulas		Náusea, vómito, diarrea, fotosensibilidad y reacciones alérgicas graves. En los niños produce defectos en el esmalte, retraso del crecimiento óseo y pigmentación de los dientes.	Antiácidos y sustancias que contengan aluminio, calcio, zinc, hierro y magnesio disminuyen la absorción de tetraciclinas, por la formación de quelatos.	Hipersensibilidad al fármaco, insuficiencia renal o hepática, y en menores de 10 años.
------	--------------	----------------------	--	--	---	---	--

7. BIBLIOGRAFÍA

1. An evidence-based approach to the management of uninvestigated dyspepsia in the era of H. pylori. CMAJ / JAMC, 2000; 162 (Suppl 2): S3-S23.
2. Bembibre L, Taboada Y. Dispepsia. Guía clínica de dispepsia del médico de familia. Grupo SERGAS del area sanitaria de La Coruña, 2004. www.fisterra.org
3. Dyspepsia. A national clinical guidelines, Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Edimburgo, Escocia. 2003, actualization 2007. 27pp. www.sign.ac.uk
4. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 1992;268:2420-2425
5. Guerra Romero L. La medicina basada en la evidencia: un intento de acercar la ciencia al arte de la práctica clínica. Med Clin (Barc) 1996;107:377-382.
6. Guía clínica de dispepsia del médico de familia. Fisterra, 2004.
7. An evidence-based approach to the management of uninvestigated dyspepsia in the era of H. pylori. CMAJ, 2000.
8. Guía clínica para la atención de la dispepsia funcional, IMSS, 2003
9. Guía de práctica clínica dispepsia 3. Manejo del paciente con dispepsia. Barcelona 2003. Asociación española de gastroenterología, Sociedad española de medicina de familia y comunitaria y Centro Cochrand Iberoamerinaco.
10. Guyatt GH, Sackett DL, Sinclair JC, Hayward R, Cook DJ, Cook RJ. Users' Guides to the Medical Literature: IX. JAMA 1993: 270 (17); 2096-2097.
11. Harbour R, Miller J. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. BMJ. 2001; 323 (7308):334-336. [acceso 26 de junio de 2006] Disponible en:<http://bmj.com/cgi/content/full/323/7308/334>.
12. Initial management of dyspepsia and GERD. Institute for Clinical System Improvement. USA, 2006. www.icsi.org
13. Jovell AJ, Navarro-Rubio MD. Evaluación de la evidencia científica. Med Clin (Barc) 1995;105:740-743
14. Medical Disability Advisor. MDA-5. Guía electrónica de prescripción de incapacidades. 2005.
15. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Dyspepsia. Managing dyspepsia in adults in primary care. 2004.
16. New Zealand Guidelines Group (NZGG). Evidence-based Best Practice Guideline. Management of dyspepsia and heartburn. 2004.
17. New Zealand Guidelines Group (NZGG). Summary. Evidence-based Best Practice Guideline. Management of dyspepsia and heartburn. 2004.
18. Nicholas J. Talley, M.D., Ph.D., F.A.C.G.,1 Nimish Vakil, M.D., F.A.C.G.,2Guidelines for the Management of Dyspepsia. Am J Gastroenterol 2005; 100:2324-2337
19. Oviedo MA, Galindo G, Ángeles R. Guía clínica para la atención de la dispepsia funcional. Revista médica del IMSS, 2003. www.imss.gob.mx
20. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gary JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what is it and what it isn't. BMJ 1996;312:71-72.
21. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Dyspepsia a national clinical guidelines, 2003, actualization 2007.
22. Schmulson Max, Santiago-Lomelí M, Gutiérrez-Ruiz C, Robles-Díaz G, Morgan D. Frequency of Functional Bowel Disorders among Healthy volunteers in México City. Dig Dis 2006;24:342-347

8. AGRADECIMIENTOS

El grupo de trabajo manifiesta su sincero agradecimiento a quienes hicieron posible la elaboración de esta guía, por contribuir en la planeación, la movilización de los profesionales de salud, la organización de las reuniones y talleres, la integración del grupo de trabajo, la realización del protocolo de búsqueda y la concepción del documento, así como su solidaridad institucional.

Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS	
NOMBRE	CARGO/ADSCRIPCIÓN
Lic. Salvador Rochin Camarena	Delegado Delegación Sur D.F.
Dr. Evaristo Hinojosa Medina	Jefe de Prestaciones Médicas Delegación Sur D.F.
Dr. Ezequiel Alonso Velez	Director HP/MF No 10, Delegación Sur D.F.
Lic. José Luis Dávila Flores	Delegado Delegación Estatal Coahuila
Dr. Juan Francisco Irizar López	Jefe de Prestaciones Médicas Delegación Estatal Coahuila
Dr. Juan Francisco López Salinas	Director HGZ/MF No 7, Monclova Coahuila
Lic. Benito Gerardo Carranco	Delegado Delegación Estatal Jalisco
Dr. Manuel Cervantes Ocampo	Jefe de Prestaciones Médicas Delegación Estatal Jalisco
QFB José Sigona Torres	Delegado Delegación Regional Estado de México Oriente
Dr. Raúl Peña Viveros	Jefe de Prestaciones Médica Delegación Regional Estado de México Oriente
Dr. Aarón Ortega Díaz	Director UMF 64, Estado de México, Oriente
Lic. Arturo Leyva Lizarraga	Delegado Delegación Estatal Sonora
Dr Ramón Adolfo Higuera	Jefe de Prestaciones Médicas Delegación Estatal Sonora
Dr. José Sergio Gil Samaniego	Director UMF 67, Ciudad Obregón, Sonora
Srita. Laura Fraire Hernández	Secretaría División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Srita. Alma Delia García Vidal	Secretaría División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajería División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Lic. Cecilia Esquivel González	Edición División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE (Comisionada UMAE HE CMN La Raza)
Lic. Uri Iván Chaparro Sánchez	Edición División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE (Comisionado UMAE HO CMN Siglo XXI)

9. COMITÉ ACADÉMICO

Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad/ CUMAE

División de Excelencia Clínica

Instituto Mexicano del Seguro Social/ IMSS

Dr. Alfonso A. Cerón Hernández	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniegra Osorio	Jefe de División
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa de Área de Innovación de Procesos Clínicos
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dra. Rodolfo de Jesús Castaño Guerra	Encargado del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica
Dra. María Luisa Peralta Pedrero	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Antonio Barrera Cruz	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Agustina Consuelo Medécigo Micete	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Carlos Martínez Murillo	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Sonia P. de Santillana Hernández	Comisionada a la División de Excelencia Clínica
Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez	Comisionada a la División de Excelencia Clínica
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	Comisionada a la División de Excelencia Clínica
Lic. María Eugenia Mancilla García	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Coordinador Analista

10. DIRECTORIO

DIRECTORIO SECTORIAL Y DIRECTORIO INSTITUCIONAL

Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos

Secretario de Salud

**Instituto Mexicano del Seguro
Social / IMSS**

Mtro. Daniel Karam Toumeh

Director General

**Instituto de Seguridad y Servicios
Sociales para los Trabajadores del
Estado / ISSSTE**

Lic. Miguel Ángel Yunes Linares

Director General

**Sistema Nacional para el Desarrollo
Integral de la Familia / DIF**

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morin

Titular del organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos / PEMEX

Dr. Jesús Federico Reyes Heróles González Garza

Director General

Secretaría de Marina

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza

Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional

General Guillermo Galván Galván

Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Secretario del Consejo de Salubridad General

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Santiago Echevarría Zuno

Director de Prestaciones Médicas

Dr. Fernando José Sandoval Castellanos

Titular de la Unidad de Atención Médica

Dr. Alfonso Alberto Cerón Hernández

Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Dra. Leticia Aguilar Sánchez

Coordinadora de Áreas Médicas

11. COMITÉ NACIONAL GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez Subsecretaria de Innovación y Calidad	Presidenta
Dr. Mauricio Hernández Ávila Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	Titular
Dr. Julio Sotelo Morales Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	Titular
Dr. Octavio Amancio Chassin Representante del Consejo de Salubridad General	Titular
Gral. Bgda. M.C. Efrén Alberto Pichardo Reyes Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Titular
Contra Almirante SSN MC Miguel Ángel López Campos Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Titular
Dr. Carlos Tena Tamayo Director General Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	Titular
Lic. Ma. Cecilia Amerena Serna Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	Titular
Dr. Jorge E. Valdez García Director General de Calidad y Educación en Salud	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy Directora General de Información en Salud	Titular
M. en A. María Luisa González Rétiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular y suplente del presidente
Dr. Franklin Libenson Violante Secretaría de Salud y Directora General del Instituto de Salud del Estado de México	Titular 2008-2009
Dr. Luis Felipe Graham Zapata Secretario de Salud del Estado de Tabasco	Titular 2008-2009
Dr. Juan Guillermo Mansur Arzola Secretario de Salud y Director General del OPD de Servicios de Salud de Tamaulipas	Titular 2008-2009
Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero Presidente de la Academia Nacional de Medicina	Titular
Dr. Jorge Elías Dib Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Titular
Act. Cuauhtémoc Valdés Olmedo Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Juan Víctor Manuel Lara Vélez Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, AC	Asesor Permanente
Mtro. Rubén Hernández Centeno Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	Asesor Permanente
Dr. Roberto Simon Sauma Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Luis Miguel Vidal Pineda Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Esteban Hernández San Román Director de Evaluación de Tecnologías en Salud del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Secretario Técnico