

Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la dispepsia en adultos

Clinical Practice Guideline for the diagnosis and treatment of Dyspepsia in adults

Luis Fernando Pineda, MD,¹ Martha C. Rosas, MD,² Marcela Torres Amaya, QF,³ Álvaro Rodríguez, MD,⁴ Adán Luque, MD,⁵ Fabián Agudelo, MD,⁶ Óscar Angarita, MD,⁷ Roberto Rodríguez, MD,⁸ Marcelo Hurtado, MD,⁹ Rodrigo Pardo, MD,¹⁰ William Otero R., MD,¹¹ Luis Sabbagh, MD.¹²

¹ Gastroenterólogo, Centro de enfermedades digestivas, *Gut* médica. Profesor de posgrado en gastroenterología, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá-Colombia.

² Gastroenteróloga, Centro de enfermedades digestivas, *Gut* médica. Bogotá-Colombia.

³ Gerente editorial del grupo Cochrane de infecciones transmisión sexual. Bogotá-Colombia.

⁴ Gastroenterólogo, Hospital Santa Clara y Clínica Fundadores. Bogotá-Colombia.

⁵ Residente de segundo año de gastroenterología, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá-Colombia.

⁶ Gastroenterólogo, Centro de enfermedades digestivas, *Gut* médica. Servicio de gastroenterología, Clínica del Country. Bogotá-Colombia.

⁷ Gastroenterólogo, Centro de enfermedades digestivas, *Gut* médica. Gastroenterólogo Hospital Santa Clara y Clínica Fundadores. Bogotá-Colombia.

⁸ Profesor de medicina interna, Hospital Universitario de Barranquilla. Especialista de la unidad de gastroenterología y endoscopia digestiva Ugasend S.A. Complejo Clínica Porto Azul, torre de diagnóstico. Puerto Colombia-Colombia.

⁹ Gastroenterólogo, Centro de enfermedades digestivas, *Gut* médica. Profesor de medicina Universidad del Rosario. Expresidente de la ACG. Bogotá-Colombia.

¹⁰ Director Instituto de Investigaciones Clínicas. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá-Colombia.

¹¹ Profesor titular de medicina, Coordinador de Gastroenterología, Universidad Nacional de Colombia. Ex-presidente Asociación Colombiana de Gastroenterología, Ex-presidente Asociación Colombiana de Endoscopia Digestiva. Miembro honorario Sociedad Dominicana de Gastroenterología. Miembro Honorario Sociedad Venezolana de Endoscopia Digestiva, Gastroenterólogo, Clínica Fundadores.

¹² Presidente Asociación Colombiana de Gastroenterología, Jefe unidad de gastroenterología, Clínica Colsánitas. Bogotá-Colombia.

Resumen

Objetivo: con la evidencia más reciente, desarrollar una guía de práctica clínica para el manejo de dispepsia dirigida a pacientes, personal asistencial, administrativo y entes gubernamentales de cualquier servicio de atención en Colombia.

Materiales y métodos: esta guía fue desarrollada por un equipo multidisciplinario con el apoyo de la Asociación Colombiana de Gastroenterología, el Grupo Cochrane ITS y el Instituto de Investigaciones Clínicas de la Universidad Nacional de Colombia. Se desarrollaron preguntas clínicas relevantes y se realizó la búsqueda de guías nacionales e internacionales en bases de datos especializadas. Las guías existentes fueron evaluadas en términos de calidad y aplicabilidad; una guía cumplió con el criterio de adaptación, por lo que se adaptaron 2 de sus preguntas. El Grupo Cochrane realizó la búsqueda sistemática de la literatura. Las tablas de evidencia y recomendaciones fueron realizadas con base en la metodología GRADE. Las recomendaciones de la guía fueron socializadas en una reunión de expertos con entes gubernamentales y pacientes.

Resultados: se desarrolló una guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de pacientes con dispepsia en Colombia.

Conclusiones: el tamizaje de pacientes asintomáticos en Colombia, de forma adecuada y con estándares de calidad, tiene el potencial de impactar la carga de cáncer de colon en el país.

Palabras clave

Guía de práctica clínica, dispepsia no investigada, dispepsia funcional.

Abstract

Objective: To provide an evidence-based clinical practice guideline for the management of dyspepsia for patients, caregivers, administrative and government bodies at all levels of care in Colombia.

Materials and Methods: This guide was developed by a multidisciplinary team with the support of the Colombian Association of Gastroenterology, Cochrane STI Group and Clinical Research Institute of the Universidad Nacional de Colombia. Relevant clinical questions were developed and the search for national and international guidelines in databases was performed. Existing guidelines were evaluated for quality and applicability. One guideline met the criteria for adaptation of two of its clinical questions. Systematic literature searches were conducted by the Cochrane STI Group. The tables of evidence and recommendations were made based on the GRADE methodology. The recommendations of the guide were socialized in a meeting of experts with government agencies and patients.

Results: An evidence-based Clinical Practice Guidelines for the management of dyspepsia was developed for the Colombian context.

Conclusions: The opportune management of dyspepsia would have an impact of the disease in Colombia.

Keywords

Clinical practice guidelines, non-investigated dyspepsia, functional dyspepsia.

ALCANCE Y JUSTIFICACIÓN

Esta guía de práctica clínica (GPC) está dirigida a los profesionales de la salud que atienden directamente a los pacientes con dispepsia en cualquier servicio de atención a nivel nacional, y también indirectamente a aquellos que toman decisiones en salud tanto en el medio asistencial como en las aseguradoras, los pagadores del gasto en salud y a quienes generan políticas en esta área. Los usuarios de la guía son médicos generales, médicos familiares, administradores en salud, médicos especialistas en salud pública, médicos internistas, médicos cirujanos, médicos gastroenterólogos y también pacientes adultos con dispepsia o sospecha de dispepsia.

La guía está dirigida a la población colombiana mayor de 18 años, sin importar el régimen de aseguramiento al que pertenezca el paciente o si se encuentra asegurado o no. La guía desarrolló recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico clínico de dispepsia y con diagnóstico clínico de dispepsia funcional definido por los criterios de Roma III. La guía no cubre a pacientes con cirugía gastroduodenal, cirugía esofágica, dilataciones esofágicas, diagnóstico previo o actual de cáncer gástrico o pacientes en embarazo o lactancia.

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La dispepsia se define, en forma general, como un dolor o molestia abdominal superior que se presenta en forma episódica o persistente y que sugiere estar originado en el tracto gastrointestinal superior (1). La dispepsia funcional, uno de los trastornos gastrointestinales más frecuentes, se define por los criterios de Roma III como la presencia de síntomas crónicos que se piensa son originados en la región gastroduodenal en ausencia de alguna enfermedad orgánica, sistémica o metabólica que explique confiablemente estos síntomas (2).

Por lo general, los síntomas dispépticos son intermitentes (2, 3); los más frecuentes son pesadez posprandial (68%-86%), sensación de distensión o abombamiento del abdomen superior (68%-84%), dolor epigástrico (68%-74%) y saciedad temprana (49%-72%). Otros síntomas adicionales incluyen eructos (50%-60%), ardor epigástrico (35%-75%), náusea (39%-65%) y vómito (23%-63%) (2, 3). Existen 2 nuevas categorías de dispepsia funcional: síndrome de distrés posprandial (SDP) cuando los síntomas son inducidos por la ingesta, y síndrome de dolor epigástrico (SDE) (4, 5).

La calidad de vida es considerablemente reducida en pacientes con dispepsia, especialmente en aquellos con dispepsia funcional. Aun cuando la mayoría de ellos no busca atención médica inicial, una considerable propor-

ción de pacientes lo harán durante el curso de su enfermedad causando un gran impacto en los costos de salud. Los factores que influyen en la decisión de consultar al médico incluyen la severidad de los síntomas, el miedo a padecer una enfermedad seria de base, factores psicológicos y falta de un soporte psicosocial adecuado (6). Colombia es considerado un país de alta incidencia de cáncer gástrico a nivel mundial y la dispepsia puede ser la manifestación inicial de esta enfermedad; por estas razones, consideramos que hay una necesidad imperiosa de disponer de una GPC basada en evidencia para el manejo de dispepsia que determine cuándo es indicado iniciar un estudio diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado de esta enfermedad.

MATERIALES Y MÉTODOS

El grupo desarrollador de la guía (GDG) implementó una metodología rápida para la elaboración de esta; para mayor información, la versión larga se encuentra en: <http://www.gastrocol.com/>. El GDG contó con la participación de expertos temáticos en gastroenterología, endoscopia, medicina interna, nutrición, química farmacéutica, salud pública y diseño de políticas; asimismo, recibió apoyo por parte de la Asociación Colombiana de Gastroenterología, el Instituto de Investigaciones Clínicas de la Universidad Nacional de Colombia y el Grupo Cochrane STI. Este último realizó la búsqueda sistemática de la literatura y la consecución de los estudios.

El GDG realizó una búsqueda de la literatura con el objeto de identificar todas las GPC nacionales e internacionales que abordaran el manejo de pacientes adultos con dispepsia. Se evaluó la calidad de las GPC recuperadas con el instrumento AGREE II (7). Una vez se obtuvo la calidad global de cada guía, se construyó una matriz de decisión que considera el tipo de guía, fecha de publicación y concordancia de los objetivos y alcance de la misma (2). Con base en los resultados de la matriz de decisión, se consideró que 2 preguntas de la *Guía de práctica clínica sobre el manejo del paciente con dispepsia 2012 de la Asociación Española de Gastroenterología* eran susceptibles de ser adaptadas al contexto colombiano.

Todas las preguntas a desarrollar (adaptadas o *de novo*) se estructuraron en formato PICO (población, intervención, comparación y desenlaces). El primer paso fue la búsqueda metódica de revisiones sistemáticas (RS) publicadas en las bases de datos especializadas hasta mayo de 2015; las RS identificadas fueron evaluadas con la herramienta AMSTAR (8). En caso de no identificar revisiones sistemáticas de alta calidad, se procedió a la evaluación de estudios primarios utilizando la herramienta de riesgo de sesgos de Cochrane (9). La síntesis de los estudios seleccionados se

realizó a través de la construcción de los perfiles de evidencia en www.guidelinedevelopment.org y los niveles de evidencia fueron graduados según la clasificación GRADE (alta, moderada, baja y muy baja) (10).

NIVEL DE EVIDENCIA

Calidad Global de la evidencia GRADE

Calificación	Juicio	Características
A	Alta ⊕⊕⊕⊕	Es muy poco probable que nuevos estudios cambien la confianza que se tiene en el resultado estimado
B	Moderada ⊕⊕⊕○	Es probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que se tiene en el resultado estimado y que estos puedan modificar el resultado
C	Baja ⊕⊕○○	Es muy probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que se tiene en el resultado estimado y que estos puedan modificar el resultado
D	Muy baja ⊕○○○	Cualquier resultado estimado es muy incierto

La graduación de la fuerza y dirección de cada recomendación se determinó con base en el nivel de evidencia y otras consideraciones adicionales que fueron revisadas en pleno por el GDG, el ente gestor y los grupos de interés. Este ejercicio se desarrolló mediante la construcción de una mesa de trabajo que generó la fuerza de la recomendación de acuerdo con:

Fuerza de la recomendación	Significado
Fuerte a favor	Las consecuencias deseables claramente sobrepasan las consecuencias indeseables. SE RECOMIENDA HACERLO
Débil a favor	Las consecuencias deseables probablemente sobrepasan las consecuencias indeseables. SE SUGIERE HACERLO
Débil en contra	Las consecuencias indeseables probablemente sobrepasan las consecuencias deseables. SE SUGIERE NO HACERLO
Fuerte en contra	Las consecuencias indeseables claramente sobrepasan las consecuencias deseables. SE RECOMIENDA NO HACERLO
Punto de buena práctica	Práctica recomendada basada en la experiencia clínica del Grupo Desarrollador de la Guía

Las recomendaciones de la guía fueron socializadas en una reunión de expertos, entes gubernamentales y pacientes.

RECOMENDACIONES GENERALES

¿Cuál es la utilidad del diagnóstico clínico de dispepsia?

Recomendación	Resumen
Fuerte a favor	Se recomienda elaborar una historia clínica detallada para detectar síntomas de dispepsia e indagar por factores de riesgo, hábitos intestinales y antecedentes de gastroenteritis aguda. Calidad de la evidencia: baja ⊕⊕○○
Fuerte a favor	Se recomienda identificar signos de alarma en los pacientes con dispepsia no investigada. Calidad de la evidencia: moderada ⊕⊕⊕○
Punto de buena práctica	Todos los niveles de atención deben indagar por síntomas de dispepsia no investigada

Un estudio de corte transversal desarrollado en Colombia determinó la prevalencia de dispepsia no investigada y el valor predictivo de la historia clínica con 542 pacientes mayores de 16 años con diagnóstico clínico de dispepsia. El 31% de estos presentaron 1 o más síntomas de alarma (vómito, anorexia, pérdida de peso, disfagia, anemia y hematemesis) (11).

En 2012, una RS de la Asociación Española de Gastroenterología desarrollada para la GPC sobre el manejo del paciente con dispepsia identificó 13 estudios relacionados con el diagnóstico clínico de dispepsia con calidad de evidencia moderada. Se reporta la importancia de elaborar una historia clínica detallada que recolecte información sobre signos y síntomas, signos de alarma, hábitos intestinales, estilos de vida, utilización de medicamentos (en especial antiinflamatorios no esteroideos [AINES] e inhibidores de bomba de protones [IBP]), factores de riesgo, antecedentes de enfermedades gástricas y presencia de *Helicobacter pylori* (12). Una RS de 2015 reportó un valor RR de 2,54, IC 95% (1,76-3,65) para el desarrollo de dispepsia 6 meses después de una gastroenteritis aguda. Calidad de la evidencia: moderada (13).

¿Cuál es el enfoque diagnóstico de la dispepsia no investigada?

Clasificación dispepsia Roma III

El grupo de trabajo de Roma III definió la dispepsia funcional como la presencia de síntomas que se originan en la región gastroduodenal en ausencia de cualquier enfermedad orgánica, sistémica o metabólica que los pueda explicar, siendo estos la pesadez posprandial, la saciedad precoz y el dolor o ardor epigástrico. Los síntomas deben estar presentes por un período mínimo de 3 meses.

Actualmente, se considera que la dispepsia funcional consiste de 2 condiciones en general: el síndrome de dolor epigástrico (SDE) y el síndrome de sufrimiento posprandial (SSP); este último se caracteriza por saciedad temprana y llenura y/o molestia posprandial y es desencadenado por la ingesta de comida (2, 14).

¿Cuándo y a quién debe realizarse endoscopia digestiva en el estudio diagnóstico de la dispepsia?

Recomendación	Resumen
Fuerte a favor	Se recomienda endoscopia de vías digestivas altas en todos los pacientes con dispepsia no investigada con 1 o más síntomas o signos de alarma independiente de la edad, con el fin de descartar enfermedad estructural. Calidad de la evidencia: baja ⊕⊕○○
Fuerte a favor	Se recomienda realizar endoscopia de vías digestivas altas en todos los pacientes mayores 35 años con dispepsia no investigada, aun en ausencia de síntomas de alarma. Calidad de la evidencia: baja ⊕⊕○○
Fuerte a favor	Se recomienda que los pacientes sean diagnosticados con dispepsia funcional cuando una endoscopia digestiva alta previa ha descartado enfermedades orgánicas del tracto digestivo superior y los signos/síntomas se mantienen. Calidad de la evidencia: muy baja ⊕○○○
Punto de buena práctica	Los entes gubernamentales y aseguradoras deben garantizar el acceso oportuno a los servicios de endoscopia

Una RS del 2014 evaluó la utilidad de la endoscopia como estrategia inicial en pacientes con dispepsia no investigada (DNE) en Asia; esta incluyó 18 estudios observacionales con 142802 pacientes adultos con DNE. Entre los pacientes con cáncer y síntomas dispépticos, el 17% (IC 95%: 10,9 - 29,0) fueron menores de 45 años de edad y 3,0% (IC 95%: 2,5 - 3,5%) fueron menores de 35. La edad >35 años tuvo una precisión diagnóstica para malignidad mejor que la edad >45 años (DOR= 9,41 vd DOR= 3,5, p >0,05). Los síntomas y signos de alarma tienen un poder muy limitado de predicción para enfermedad orgánica: sensibilidad: 51,9%, IC 95% (50,4 - 53,4) y especificidad 85,1%, IC 95% (84,9 - 85,3). Calidad de la evidencia: baja (15). En Colombia, un estudio de corte transversal encontró una asociación entre la presencia de al menos 1 signo de alarma y cáncer gástrico (p <0,001). Adicionalmente, se encontró una asociación entre la edad y el cáncer gástrico avanzado (p <0,001). Calidad de la evidencia: baja (11).

Consideraciones: en Colombia las tasas de incidencia son menores que las reportadas en Asia, pero mayores que las reportadas en Norteamérica; por lo tanto, el GDG identi-

fica que para el contexto colombiano, no se puede aplicar la evidencia de poblaciones europeas y norteamericanas con respecto al uso de la endoscopia en dispepsia. Nuestro perfil epidemiológico del cáncer gástrico y de lesiones premalignas del estómago es más cercano al de los países asiáticos.

¿Cuál es la efectividad y seguridad de la terapia farmacológica en la dispepsia funcional?

¿Cuál es la efectividad y seguridad de los antiácidos y antisecretores en la dispepsia funcional?

Recomendación	Resumen
Fuerte a favor	Se recomienda no utilizar antiácidos o citoprotectores como tratamiento de primera línea en pacientes con dispepsia. Calidad de la evidencia: baja ⊕⊕○○
Punto de buena práctica	Debe brindarse al paciente información sobre los riesgos de la autoformulación de antiácidos
Fuerte a favor	Se recomienda que pacientes con dispepsia funcional con dolor epigástrico reciban IBP como tratamiento de primera opción. Calidad de la evidencia: baja ⊕⊕○○
Fuerte a favor	Se recomienda que el tratamiento antisecretor con IBP no sea administrado de forma indefinida. Calidad de la evidencia: moderada ⊕⊕⊕○
Débil a favor	Se sugiere que después de 8 semanas de tratamiento con IBP, este sea suspendido de forma gradual Calidad de la evidencia: moderada ⊕⊕⊕○
Punto de buena práctica	El clínico debe reinterrogar a los pacientes con dispepsia funcional que no respondan al tratamiento empírico inicial administrado durante 8 semanas por la presencia de síntomas de alarma

Una RS Cochrane del 2011 evaluó la eficacia de 6 tipos de medicamentos para la dispepsia funcional. La revisión incluyó 9 ensayos clínicos aleatorizados (ECA) y mostró que los antiácidos (RR 2%, IC 95% con rango de 36% a 24%, 109 participantes) y el sucralfato (RR 29%, IC 95% con rango de 40% a 64%) no tuvieron efecto sobre los síntomas de dispepsia: los pacientes del grupo de sucralfato presentaron EA del 13% comparado con 17% del grupo placebo. Esta misma revisión incluyó 10 ECA con 3347 participantes y mostró un efecto superior de los IBP comparado con placebo, con RR 13%, IC 95% con rango de 4% - 20% después de 8 semanas de terapia en pacientes con síntomas de dolor epigástrico, regurgitación y pirosis. No se reportó diferencia en EA. Calidad de la evidencia: baja (16).

Una RS evaluó el discontinuar la terapia con IBP en pacientes con diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) no erosivo, dispepsia o sin indicación clara conocida. Se incluyeron 3 ECA de Suecia, Dinamarca y Holanda; uno de ellos evaluó 113 pacientes que habían tomado IBP por al menos 12 semanas y se observó un RR

= 3,56, IC 95% con rango de 1,09–11,64 con relación a la tasa de disminución de uso de IBP a las 8 semanas. Calidad de la evidencia: moderada (17).

¿Cuál es la efectividad y seguridad de los procinéticos en la dispepsia funcional?

Recomendación	Resumen
Débil a favor	Se sugiere que pacientes con dispepsia funcional y que presenten síntomas posprandiales reciban procinéticos como tratamiento inicial. Calidad de la evidencia: muy baja ⊕○○○
Débil a favor	Se sugiere la administración de acotiamida en pacientes con dispepsia funcional con síntomas posprandiales como primera opción, si se encuentra disponible. Calidad de la evidencia: moderada ⊕⊕⊕○
Fuerte a favor	Se recomienda que los pacientes con dispepsia funcional que no respondan a IBP en primera línea de tratamiento utilicen procinéticos como segunda opción. Calidad de la evidencia: muy baja ⊕○○○
Fuerte a favor	Se recomienda a los pacientes que no responden a procinéticos en primera línea de tratamiento utilizar IBP como segunda opción. Calidad de la evidencia: muy baja ⊕○○○
Punto de buena practica	Antes de la prescripción de procinéticos, se debe evaluar el riesgo de los efectos secundarios, especialmente en enfermedad cardiovascular y neurológica

Una RS Cochrane de 2011 evaluó la eficacia de los procinéticos (domperidona, mosaprida, alosetrón, ABT-229, Z-338 e itoprida) con 19 ECA y 3178 participantes, la cual mostró un efecto superior de los procinéticos comparado con placebo, con RR 33%, IC 95% (18% - 45%) después de 8 semanas de terapia. La calidad de la evidencia fue baja (16). Una RS del 2012 evaluó el efecto terapéutico de la itoprida frente a otras opciones (domperidona, mosaprida y placebo) para el manejo de dispepsia funcional (DF) y encontró que la esta mejoró el indicador de evaluación global de los pacientes con RR: 1,11, IC 95% (1,03-1,19). La calidad de vida mejoró en los pacientes con itoprida comparada con placebo sin diferencias en EA (p <0,001). Calidad de evidencia: muy baja (18).

Un metaanálisis del 2014 evaluó la acotiamida para el tratamiento de DF comparado con placebo; esta mostró una mejoría global de los síntomas de dispepsia con RR: 1,29 (IC 95% con rango de 1,19–1,40). No se presentaron diferencias significativas en EA. La acotiamida tuvo mejor efecto en el síndrome de distrés posprandial de forma específica. Calidad de la evidencia: moderada (19).

¿Cuál es la efectividad y seguridad de los antidepresivos en la dispepsia funcional?

Recomendación	Resumen
Débil a favor	En pacientes con dispepsia funcional que no respondan a IBP y procinéticos, se sugiere el uso de antidepresivos en dosis bajas. Calidad de la evidencia: baja ⊕⊕○○
Punto de buena practica	Antes de la prescripción de antidepresivos, se debe evaluar el riesgo de efectos secundarios

Un ECA (38 pacientes) evaluó la efectividad de 8 semanas de tratamiento con amitriptilina en pacientes con DF y encontró que los síntomas posprandiales no fueron estadísticamente significativos entre los grupos (p >0,05) (20). Otro ECA con 294 pacientes con DF y con síntomas parecidos a úlcera, a quienes se les administró placebo o 50 mg de amitriptilina, mostró alivio de los síntomas comparado con placebo con RR: 3,1, IC 95% (1,1-9,0). Se reportaron EA en el 20% de los pacientes del grupo placebo y 30% del grupo de amitriptilina. El valor de calidad global de vida fue mejor con amitriptilina (p: 0,02) (21). Calidad de la evidencia: baja.

Un ECA evaluó la eficacia de flupentixol y melitraceno (f+m) en pacientes con DF que debían haber tenido un tratamiento con bomba de protones (mínimo antes de 2 semanas) al inicio de la terapia. Se presentó una mejoría global de los síntomas con f+m comparado con placebo (ITT: 73,9% versus 6,1%, p: 0,001); no se presentó diferencia en el alivio de los síntomas globales entre los grupos (p: 0,294). En cuanto a la calidad de vida, los puntajes de la escala SF-NID después de 2 semanas de tratamiento se redujeron en los pacientes con f+m (p: 0,010). Calidad de la evidencia: muy baja (23).

¿Cuál es la seguridad y eficacia de la terapia no farmacológica en la dispepsia funcional?

Recomendación	Resumen
Fuerte a favor	No se recomienda el uso de acupuntura para el tratamiento de pacientes con dispepsia funcional. Calidad de la evidencia: muy baja ⊕○○○
Débil a favor	En pacientes con dispepsia, se sugieren intervenciones psicológicas cuando todas las otras alternativas terapéuticas no funcionen. Calidad de la evidencia: muy baja ⊕○○○
Fuerte en contra	No se recomienda medicina tradicional china para el tratamiento de pacientes con DF. Calidad de la evidencia: muy baja ⊕○○○

Una revisión sistemática Cochrane evaluó la eficacia y seguridad de la acupuntura y electroacupuntura en el tratamiento

de DF. Se incluyeron 7 estudios con 542 participantes chinos entre 18 y 70 años. La acupuntura o electroacupuntura comparada con otros medicamentos (domperidona, itoprida, cisaprida) no mostró efectividad en reducir la frecuencia de síntomas de dispepsia funcional (RR: 1,02, IC 95% [0,91-1,16]). Calidad de la evidencia: muy baja (23).

Una RS Cochrane de 2005 evaluó la eficacia de las intervenciones psicológicas (psicoterapia, psicodrama, terapia del comportamiento cognitivo, terapia de relajación e hipnosis) para el mejoramiento de los síntomas y calidad de vida de pacientes con DF sin encontrar diferencias. La calidad es muy baja (24).

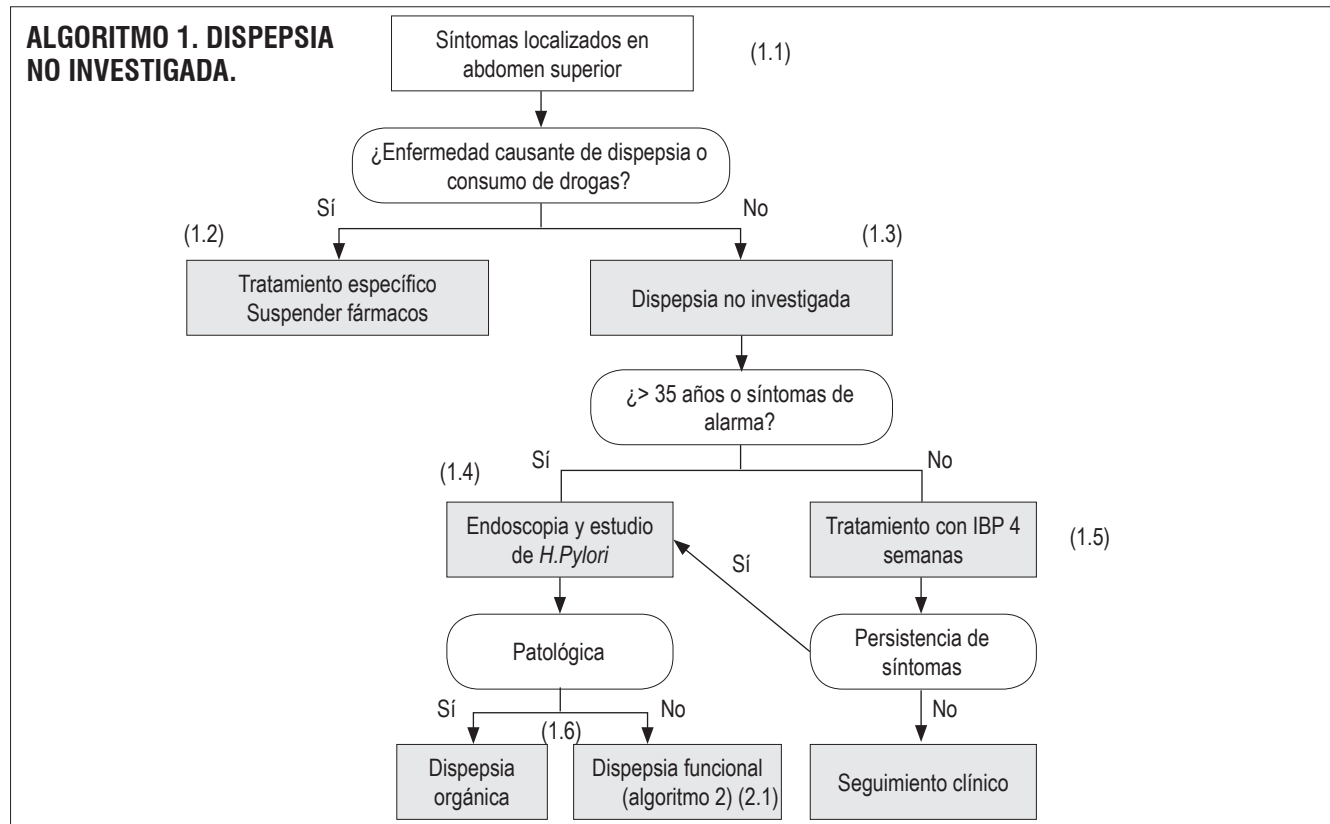
¿Cuál es la efectividad y seguridad de la erradicación de *Helicobacter pylori* en pacientes con dispepsia?

Recomendación	Resumen
Fuerte a favor	Se recomienda la erradicación de <i>H. pylori</i> en pacientes con dispepsia funcional puesto que contribuye a la mejoría de los síntomas. Calidad de la evidencia: moderada ⊕⊕⊕○

Una RS de 2014 evaluó los efectos a largo plazo de la erradicación de *H. pylori*. Se incluyeron 14 ensayos clínicos controlados (ECC) de Europa, Asia de este, Oceanía, Norteamérica y Suramérica donde se evaluaron los esquemas para la erradicación de *H. pylori* comparados con placebo y procinéticos solos. El análisis de los 2993 pacientes mostró que aquellos que recibieron terapia de erradicación presentaron una mayor probabilidad de mejoría en los síntomas de dispepsia comparado con el grupo control (RR: 1,38, IC 95% [1,18-1,62]). En el análisis por subgrupos, los pacientes de las Américas mostraron una mejoría mayor: RR: 1,43 IC 95% (1,12-1,83, 1238 pacientes). La RS no identificó desenlaces de calidad de vida o eventos adversos. Calidad de la evidencia: moderada (24).

¿En qué momento se recomienda la remisión al especialista?

La mayoría de los pacientes con dispepsia funcional son tratados en cuidado primario con éxito; sin embargo, existen casos especiales donde los pacientes fallan en el trata-



miento y deben ser remitidos al especialista (recomendación del consenso de expertos).

Recomendación	Resumen
Fuerte a favor	Se recomienda remitir al paciente con DF al especialista en los siguientes casos: Pacientes con dispepsia funcional que no responden al tratamiento instaurado Pacientes con <i>H. pylori</i> y síntomas de dispepsia que no responden a la primera línea de tratamiento Pacientes que requieran estudio diagnóstico específico, mayores de 35 años o presencia de síntomas de alarma Calidad de la evidencia: muy baja ⊕○○○
Punto de buena práctica	Los entes gubernamentales y aseguradores deben garantizar el acceso oportuno al especialista

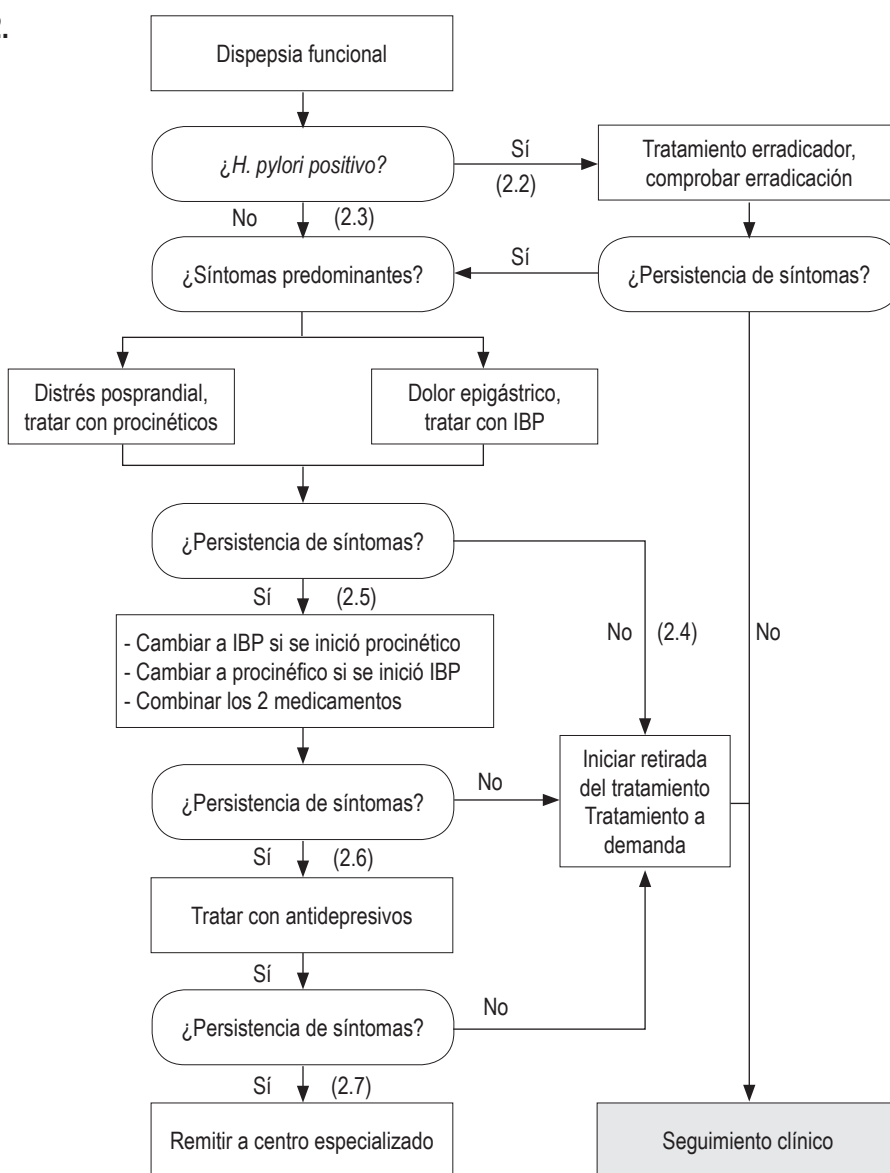
DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés, no estar involucrados como investigadores en ensayos clínicos en curso sobre el tema, y no haber recibido donaciones o beneficios por parte de los grupos interesados en las recomendaciones.

FUENTE DE FINANCIACIÓN

La presente guía fue desarrollada mediante un convenio de extensión entre la Asociación Colombiana de Gastroenterología y la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional.

ALGORITMO 2.



REFERENCIAS

1. Talley NJ, Choung RS. Whither dyspepsia? A historical perspective of functional dyspepsia, and concepts of pathogenesis and therapy in 2009. *J Gastroenterol Hepatol*. 2009;24 Suppl 3:S20-8.
2. Tack J, Talley NJ, Camilleri M, Holtmann G, Hu P, Malagelada JR, Stanghellini V. Functional gastroduodenal disorders. *Gastroenterology*. 2006; 130(5):1466-79.
3. Tack J, Talley NJ. Functional dyspepsia-Symptoms, definitions and validity of the Rome III criteria. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2013; 10(3):134-41.
4. Tack J, Bisschops R, Sarnelli G. Pathophysiology and treatment of functional dyspepsia. *Gastroenterology*. 2004;127(4):1239-55.
5. Lacy BE, Cash BD. A 32-year-old woman with chronic abdominal pain. *JAMA*. 2008;299(5):555-6.
6. Piessevaux H, De Winter B, Louis E, Muls V, De Looze D, Pelckmans P, Deltenre M, Urbain D, Tack J. Dyspeptic symptoms in the general population: A factor and cluster analysis of symptom groupings. *Neurogastroenterol Motil*. 2009; 21(4):378-88.
7. AGREE C. INSTRUMENTO AGREE II. Instrumento para la evaluación de guías de práctica clínica [en línea] *GuíaSalud*. 2009. [acceso 12 de mayo de 2015].
8. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, *et al*. Development of AMSTAR: A measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res Methodol*. 2007;7(1):10.
9. Higgins JP, Green S. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*: Wiley Online Library; 2008. [acceso 19 de mayo de 2015].
10. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, *et al*. GRADE: An emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2008;336(7650):924-6.
11. Pineda L, Otero W, Gómez M, Arbeláez V, Otero E. Enfermedad estructural y valor predictivo de la historia clínica en pacientes con dispepsia no investigada. *Rev Colomb Gastroenterol* 2004;19 (1).
12. Gisbert J, Calvet X, Ferrándiz J, Mascort J, Alonso-Coello P, Marzo M. Guía de práctica clínica sobre el manejo del paciente con dispepsia. Actualización 2012. *Gastroenterol Hepatol*. 2012;35(10): 725.e1-725.e38.
13. Futagami S, Itoh T, Sakamoto C. Systematic review with meta-analyfunctional dyspepsia. *Aliment Pharmacol Ther* 2015; 41: 177-188.
14. Camilleri M, Dubois D, Coulie B, Jones M, Kahrilas PJ, Rentz AM, *et al*. Prevalence and socioeconomic impact of upper gastrointestinal disorders in the United States: results of the US Upper Gastrointestinal Study. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2005;3(6):543-52.
15. Chen SL1, Gwee KA, Lee JS, Miwa H, Suzuki H, Guo P, Hao YT, Chen MH. Systematic review with meta-analysis: Prompt endoscopy as the initial management strategy for uninvestigated dyspepsia in Asia. *Aliment Pharmacol Ther*. 2015;41(3):239-52.
16. Moayyedi P, Shelly S, Deeks J, Delaney B, Innes M, Forman D. Pharmacological interventions for non-ulcer dyspepsia. 2006. *Cochrane Library*. CD001960.
17. Haastrup P1, Paulsen MS, Begtrup LM2, Hansen JM, Jarbøl DE. Strategies for discontinuation of proton pump inhibitors: A systematic review. *Fam Pract*. 2014;31(6):625-30.
18. Huang X1, Lv B, Zhang S, Fan YH, Meng LN. Itopride therapy for functional dyspepsia: A meta-analysis. *World J Gastroenterol*. 2012;18(48):7371-7.
19. Xiao G, Xie X, Fan J, Deng J, Tan S, Zhu Y, Guo Q, Wan C. Efficacy and safety of acotiamide for the treatment of functional dyspepsia: Systematic review and meta-analysis. *Sci World J*. 2014;2014:541950.
20. Braak B1, Klooker TK, Wouters MM, Lei A, van den Wijngaard RM, Boeckxstaens GE. Randomised clinical trial: The effects of amitriptyline on drinking capacity and symptoms in patients with functional dyspepsia, a double-blind placebo-controlled study. *Aliment Pharmacol Ther*. 2011;34(6):638-48.
21. Bouras EP1, Talley NJ, Camilleri M, Burton DD, Heckman MG, Crook JE, Richelson E. Effects of amitriptyline on gastric sensorimotor function and postprandial symptoms in healthy individuals: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Am J Gastroenterol*. 2008;103(8):2043-50.
22. Hashash JG1, Abdul-Baki H, Azar C, Elhadj II, El Zahabi L, Char HF, Sharara AI. Clinical trial: A randomized controlled cross-over study of flupenthixol + melitracen in functional dyspepsia. *Aliment Pharmacol Ther*. 2008;27(11):1148-55.
23. Lan L, Zeng F, Liu GJ, Ying L, Wu X, Liu M, Liang FR. Acupuncture for functional dyspepsia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;10:CD008487.
24. Soo S, Moayyedi P, Deeks J, Delaney B, Lewis M, Forman D. Psychological interventions for non-ulcer dyspepsia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(2):CD002301.
25. Zhao B, Zhao J, Cheng WF, Shi WJ, Liu W, Pan XL, Zhang GX. Efficacy of *Helicobacter pylori* eradication therapy on functional dyspepsia: A meta-analysis of randomized controlled studies with 12-month follow-up. *J Clin Gastroenterol*. 2014; 48(3):241-7.