

PRODIGA

Dispepsia Funcional



PRODIGA

PROgrama para la Difusión de la Gastroenterología

Dispepsia Funcional

Páginas WEB consultables relacionadas con Dispepsia Funcional.

- temas_de_salud/doc/digestivo/doc/doc_dispepsia.htm - 17k
- revista.consumer.es/web/es/20041201/salud/ - 59k
- www.compumedicina.com/gastroenterologia/gastro_010505.htm - 8k
- www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/docs/dispepsia.pdf
- www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082004000600010&lng=es&nrm=iso - 14k
- www.bondisalud.com.ar/69.html - 8k
- escuela.med.puc.cl/paginas/Cursos/cuarto/Integrado4/Gastro4/Dispepsia/Dispepsia.ppt -
- www.azprensa.com/informes_ext.php?idreg=337&secc=9 - 58k -
- www.guiasgastro.net/.../wdbcgi.exe/gastro/guia_completa.go_doc?pident=130&ptipo=normal&pident_guia=3 - 60k
- www.guiasgastro.net/.../gastro/guia_completa.go_doc?pident=123&ptipo=cabezera&pident_guia=3 - 51k
- www.gastroenlared.com.ar/template.php?pagina=:/Articulos/VI_4/DispepsiaFuncional.htm - 32k
- www.agapea.com/VIVIR-CON-SINDROME-DE-INTESTINO-IRRITABLE-Y-DISPEPSIA-FUNCIONAL-GUIA-PARA-PACIENTES-Y-FAMI... - 19k
- www.fhalcorcon.es/areamedica/serviciosmedicos/espmedicas/digestivo/consejos/dispepsiafuncional.asp - 38k
- www.fhalcorcon.es/areamedica/serviciosmedicos/espmedicas/digestivo/consejos/dispepsiafuncional.asp - 38k
- dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1048

Autores

Dr. Calixto Cifuentes,
Dr. Raul Arocha,
Dr. Hans Rommer,
Dra. Elena Pestana,
Dr. José Manuel Piña,
Dra. Ileana Gonzales,
Dra. Gabriela Sosa,
Dr. Miguel Garasini,
Dr. Roberto León,
Dra. Maribel Lizarzabal,
Dr. Raul Monserrat,
Dr. Alfredo Suarez,
Dra. Maria Nery Mazzara,
Dra. Gloria Urquiola,
Dr. José Ramón Poleo,
Dra. Gisela Romero,
Dra. Maritza Serizawa,
Dra. Margarita Vasquez,
Dra. Frella Villasmil

Patrocinantes

Laboratorios Galeno-La Santé
Laboratorios Dollder
Laboratorios Astra-Zeneca
Laboratorios Vivax
Laboratorios Elmor

Aclaratorias

Esta carpeta fue elaborada independientemente de cualquier influencia o control de parte de las Empresas Patrocinantes del Programa

La Sociedad Venezolana de Gastroenterología no se hace responsable del uso distinto o inapropiado del Programa que derive en injuria o daños a personas o propiedades.

Debido al rápido avance de la ciencia médica, la Sociedad recomienda realizar la actualización de los métodos diagnósticos o terapéuticos recomendados de considerarlo conveniente a criterio del expositor.

Dispepsia Funcional

Resumen

La dispepsia funcional se encuentra en el grupo de trastornos funcionales gastrointestinales más frecuentes.

La palabra dispepsia viene del sufijo griego dys (alteración) y de la palabra griega pepsis (digestión). Aceptada también como sinónimo de indigestión según el diccionario médico de Melloni, ha quedado definida en el documento elaborado al respecto por la Asociación Americana de Gastroenterología como un dolor o malestar crónico recurrente localizado en el abdomen superior.

La dispepsia puede ser orgánica, cuando existe un proceso orgánico definido en su etiología, o funcional, cuando no es posible identificar ninguna alteración estructural a la cual atribuir su origen.

Cuando la dispepsia se relaciona con anomalías fisiopatológicas o microbiológicas de relevancia clínica incierta (gastritis Hp, duodenitis histológica, por ejemplo) se puede utilizar también el término de dispepsia funcional.

Son sinónimos de dispepsia no ulcerosa términos tales como dispepsia funcional, dispepsia esencial, dispepsia no ulcerosa y síndrome de distress epigástrico.

Entre los síntomas de dispepsia se encuentran el dolor o molestia abdominal, la llenura postprandial, la saciedad precoz, los eructos, la distensión abdominal, la anorexia, náuseas, vómitos, regurgitaciones y el ardor epigástrico.

El ardor epigástrico se define como una sensación quemante confinada al epigastrio. No se considera acidez a menos que se irradia a la región retroesternal, sobre todo si se acompaña con regurgitaciones ácidas. La acidez no se considera actualmente un síntoma que se origine primariamente en el estómago o en el duodeno, y existe suficiente evidencia que tiene moderada especificidad para la enfermedad de reflujo gastroesofágica. De allí que en Roma III haya sido excluida de la definición de dispepsia, aún cuando pueda concurrir con síntomas de dispepsia funcional.

En el año 2005 fueron reportadas en el Congreso Mundial de Gastroenterología que tuvo lugar en Montreal las conclusiones de las deliberaciones de un comité sobre trastornos funcionales gastrointestinales conocido como Roma III, constituido por un grupo de expertos que enriquecieron y modificaron criterios previamente emitidos en otros eventos similares conocidos como Roma I (1990) y Roma II (1999), y cuyas conclusiones fueron presentadas en el marco de las deliberaciones de la American Gastroenterological Association que tuvieron lugar durante la Digestive Disease Week llevada a cabo en Los Angeles en 2006. En estos criterios, los Trastornos Funcionales Gastroduodenales fueron clasificados como 1) Dispepsia Funcional, con dos subclasificaciones: síndrome de malestar postprandial y síndrome de dolor epigástrico; 2) Trastornos de eructación (aerofagia y eructación excesiva no específica); Trastornos de Náuseas y Vómitos (náuseas crónica idiopática, vómito funcional y síndrome de vómitos cíclicos) y 4) Síndrome de Rumiación en adultos.

En los criterios de Roma III para la dispepsia funcional que sustituyeron a los de Roma II se establece que deben incluir uno o más de los siguientes síntomas: llenura postprandial molesta, saciedad precoz, dolor y ardor epigástrico, en ausencia de una patología estructural que explique los síntomas, lo que incluye la realización de una esofagogastroduodenoscopia. Estos criterios deben estar presentes por los últimos 3 meses, con inicio de los síntomas al menos 6 meses antes del diagnóstico.

El síndrome de dolor epigástrico debe incluir uno o más de los siguientes síntomas:

dolor o ardor epigástrico de al menos moderada severidad por lo menos una vez a la semana, dolor intermitente, el cual no debe ser generalizado ni localizado a otras regiones del torax o del abdomen, el cual no debe ser aliviado por la evacuación o expulsión de flatos, y que no debe tener criterios para trastornos de la vesícula biliar o del esfínter de Oddi. Este síndrome puede coexistir con el síndrome de malestar postprandial y sus síntomas deben estar presentes en los últimos 3 meses con inicio de de los mismos al menos 6 meses antes del diagnóstico.

Roma II establece para el síndrome de malestar postprandial los siguientes síntomas: llenura postprandial molesta, después de comidas ordinarias, al menos varias veces por semana o saciedad precoz que impida completar una comida regular al menos varias veces por semana, criterios que deben estar presentes por los últimos 3 meses, con inicio de síntomas al menos 6 meses antes del diagnóstico. Como criterios adicionales que soporten este diagnóstico se incluyen la distensión del abdomen superior, las náuseas y los eructos. Este síndrome puede coexistir con el síndrome de dolor epigástrico.

Diversos métodos pueden ser utilizados en la evaluación de la dispepsia, especialmente Ecosonograma Abdominal y Esofagogastroduodenoscopia.

Es necesario tener presente que muchos problemas que no tienen su origen en el aparato digestivo se pueden manifestar por síntomas tales como vómitos (diabetes, insuficiencia renal, hipertensión endocraneana, hipercalcemia, trastornos hidroelectrolíticos, depresión y bulimia), dolor abdominal (neumonía, herpes zoster, porfiria, intoxicación plúmica, tabes dorsalis y epilepsia abdominal), diarrea (hipertiroidismo, diarrea facticia) y estreñimiento (hipotiroidismo, hiperparatiroidismo).

Entre las causas más frecuentes de dispepsia orgánica se encuentran la úlcera péptica, la enfermedad de reflujo gastroesofágico, las gastritis, duodenitis asociadas a la ingestión de analgésicos antiinflamatorios no esteroideos y a otros medicamentos, la patología biliar(cálculos, colecistitis), ciertos problemas del páncreas como la pancreatitis, neoplasias del estómago o del páncreas, las parasitosis intestinales como giardiasis, strongyloidiasis, y otras causas menos frecuentes como ciertos trastornos metabólicos y las collagenosis, especialmente la esclerodermia.

Entre las posibles causas de dispepsia funcional se incluyen la sensación o percepción anormal de estímulos, la lesión mucosa por ácidos, pepsina u otros (Hp o sales biliares), el reflujo duodenogástrico, los trastornos de la motilidad gastrointestinal y la psicopatología.

Diversos estudios han demostrado que no existen alteraciones en la secreción ácida gástrica que permitan diferenciar a aquellos que presentan dispepsia funcional de sujetos sanos.

Un subgrupo de pacientes con síntomas de dispepsia funcional pueden presentar trastornos de vaciamiento gástrico, especialmente para alimentos sólidos.

Los pacientes con hipomotilidad antral también pueden mostrar retardo del vaciamiento gástrico y presentar síntomas de dispepsia.

Las alteraciones manométricas pueden observarse con frecuencia en pacientes con dispepsia funcional.

No todos los pacientes con trastornos de vaciamiento gástrico tienen dispepsia funcional. Diversas alteraciones pueden causar retención gástrica, bien porque ocasionan motilidad gástrica anormal o porque causan obstrucción mecánica (ver lámina correspondiente)

Otras causas adicionales de gastroparesis pueden ser de origen neuropáticas, miopáticas o idiopáticas

Dos ejemplos de trastornos que pueden ocasionar síntomas de dismotilidad son la gastroparesia y la pseudoobstrucción intestinal.

El estudio de vaciamiento gástrico con Tc99 puede ser de utilidad en la evaluación de pacientes con trastornos de vaciamiento gástrico.

Las alteraciones de la motilidad gastrointestinal pueden dar lugar a diferentes trastornos digestivos. La pérdida de tono del esfínter esofágico inferior, por ejemplo, puede dar lugar a reflujo gastroesofágico y a esofagitis, al igual que problemas en el aclaramiento esofágico y en el vaciamiento gástrico. Estos últimos, a su vez, pueden ser causa de dispepsia funcional, así como las alteraciones de la coordinación antroduodenal y la presencia reflujo duodenogástrico, el cual ha sido imputado en la patogénesis de las llamadas gastritis alcalinas. Por otra parte, el deterioro de las fun-

ciones de propulsión intestinal pueden llevar a atonía intestinal con manifestaciones de pseudoobstrucción intestinal o constipación. Los trastornos funcionales digestivos, al igual que en otras partes del mundo, son frecuentes en Venezuela, según cifras Zaidman y Valencia Parparcén.

Otro grupo estudiado por Zaidman y Valencia P. muestran la elevada proporción de pacientes con trastornos funcionales en una consulta de Gastroenterología.

Es necesario tener presente en la evaluación de pacientes con síntomas de dispepsia la presencia de signos de alarma que orienten hacia una patología orgánica, tales como enflaquecimiento, anemia, disfagia, fiebre, sangre en heces, visceromegalia, masa abdominal palpable e inmunosupresión.

Igualmente, se deben tener presente ciertos trastornos cuyos síntomas a veces pueden confundirse con los de dispepsia funcional, tales como la intolerancia a la lactosa y la enfermedad celíaca, los cuales deben ser excluidos o sospechados mediante un interrogatorio adecuado.

La investigación de infección gástrica por *Helicobacter pylori* tiene lugar en la evaluación del paciente dispéptico, ya que hay un subgrupo de pacientes que parece beneficiarse al ser tratados y la bacteria erradicada.

Las alternativas que se pueden considerar en el tratamiento de la dispepsia son el tratamiento médico empírico con antiseoretos o proquinéticos de acuerdo a la naturaleza de sus síntomas en aquellos pacientes con síntomas de dispepsia sin síntomas de alarma menores de 45 años, la evaluación endoscópica inmediata en la presencia de síntomas o signos de alarma, la investigación no invasiva de infección por *Helicobacter pylori* con endoscopia en aquellos casos positivos o el tratamiento de la infección en aquellos casos positivos sin síntomas o signos de alarma en pacientes menores de 45 años.

La endoscopia es fundamental en la evaluación de pacientes en quienes se sospeche una dispepsia de tipo orgánica.

La proporción de pacientes con endoscopia normal en pacientes investigados por dispepsia es alta.

Sin embargo, es posible encontrar patología de tipo ulceroso o cáncer en aproximadamente un 20% de los casos investigados.

La edad es importante para predecir la posibilidad de hallazgos de patología orgánica en pacientes a quienes se les practica una endoscopia, ya que cuando son más jóvenes la frecuencia con la que se consigue cáncer es muy baja o inexistente, aunque la úlcera péptica puede estar presente con cierta frecuencia.

En cambio, cuando la población estudiada es mayor de 70 años, el cáncer gástrico puede estar presente hasta en un 23% de casos y la úlcera péptica hasta en un 58% de casos, muchos de ellos atribuibles a la ingestión de analgésicos antiinflamatorios no esteroideos por diversos problemas de salud que presenta este grupo etáreo, como los problemas osteoarticulares.

El stress (laboral o de cualquier otro tipo) puede jugar un papel de importancia en la génesis de la dispepsia funcional

La relación entre los trastornos funcionales el desarrollo de un trastorno psicossomático y la eventual aparición de un trastorno orgánico se conoce desde hace bastante tiempo.

La fístula que presentó Alexis St. Martin y las observaciones que sobre ella hizo su médico William Beumont están entre los primeros elementos que sentaron la base de la relación entre emociones y funcionamiento gástrico.

Diversos factores regulan la motilidad gastrointestinal. Algunos de ellos juegan un papel inhibitorio y otros un papel estimulador.

Hay un cierto tipo de personalidad que se caracteriza por mayor sensibilidad visceral con la consecuente aparición de síntomas y su tendencia a reportarlos.

Ciertas enfermedades psiquiátricas o trastornos neuróticos tienen tendencia a una mayor asociación con trastornos funcionales gastrointestinales.

A su vez, ciertas enfermedades psiquiátricas o trastornos neuróticos tienen tendencia a una mayor asociación con trastornos funcionales gastrointestinales

Von Bergman, von Weizacker y Alvarez sentaron las bases para el estudio de la patología digestiva funcional.

En nuestro medio, J. Valencia Parparcén fue uno de los grandes estudiosos de este

tipo de problemas.

Felix Nazareno Pifano, colega gastroenterólogo de Barquisimeto, está entre otros que se han ocupado en Venezuela de este tipo de problemas.

Drossman y colaboradores han planteado un modelo biopsicosocial aplicable a todos los trastornos funcionales digestivos.

El manejo del paciente con dispepsia funcional requiere la evaluación clínica apoyada con exámenes complementarios para descartar enfermedad orgánica, la educación del paciente (informar sobre la naturaleza del trastorno, medicación a emplear, tranquilizarle y eliminar concepciones erróneas y tumores, y por supuesto, el tratamiento del paciente, basado en una adecuada relación médico-paciente en términos de cooperación y comprensión, con la individualización de cada caso, cambios dietéticos, empleo de medicamentos apropiados, terapia psicológica en ciertos casos y manejo del stress.

BIBLIOGRAFIA

- Tack J, Talley NJ, Camilleri M, Holtmann G, HU P, Malagelada JR, Stanghellini V. Functional Gastrointestinal Disorders. Rome III The Functional Gastrointestinal Disorders. *Gastroenterology* 2006; 130:1466-79.
- Tack J, Bisschops R, Sarnelli G. Pathophysiology and Treatment of Functional Dyspepsia. *Gastroenterology* 2004; 127: 1239-55.
- McColl KEL. Review article: tackling the "dyspeptic problem". *Aliment Pharmacol Ther* 2001; 15 (Suppl.2): 10-13.
- Talley NJ, Stanghellini V, Heading RC, Koch KL, Malagelada JR, Tytgat GNJ. Functional gastroduodenal disorders. *Gut* 1999; 45 (Suppl II); II37- II42.
- American Gastroenterological Association Medical Position Statement. Evaluation of Dyspepsia. *Gastroenterology* 1998; 114: 579-81.
- Locke GR, Talley NJ, Fett S, Zinsmeister AR, Melton LJ III. Prevalence and clinical spectrum of gastroesophageal reflux in the community *Gastroenterology* 1997; 1112: 1448-56.
- Quigley Eamonn MM. Nonulcer Dyspepsia: Pathophysiology Update. *Hospital Practice* 1996; February 15: 141-62.
- Fendrick AM, Chernew ME, Hirth RA, Bloom BS. Alternative management strategies for patients with suspected peptic ulcer disease. *Ann Intern Med* 1995; 123: 260-8.
- Silverstein MD, Petterson T, Talley NJ. Initial Endoscopy or Empirical Therapy with or without Testing for *Helicobacter pylori* for Dyspepsia : A Decision Analysis. *Gastroenterology* 1996; 110: 72-83.
- Hallisey MT, Allum WH, Jewkes AJ, Ellis DJ, Fielding JW. Early detection of gastric cancer. *BMJ* 1990; 301: 513-15.
- Beavis AK, La Brooy S, Misiewicz JJ. Evaluation of one-visit endoscopic clinic for patients with dyspepsia. *BMJ* 1979; 1: 1387-89.
- Holdstock G, Wiseman M, Loehry CA. Open access endoscopy service for general practitioners. *BMJ* 1979; 1: 457-9.
- Fisher JA, SurrIDGE JG, Vartan CP, Loehry CA. Upper gastrointestinal endoscopy: a GP Service. *BMJ* 1977; 2: 1199-1201.
- Zaidman I, Valencia Parparcén J. Estudio de un grupo de pacientes con trastornos funcionales en un Servicio de Gastroenterología. *GEN* 1963; XVII: 406-14.
- Valencia Parparcén J. Guía para un Gastroenterólogo. Ediciones Lerner Venezolana C.A. Caracas 1963; pg. 193.

DISPEPSIA FUNCIONAL

La dispepsia funcional se encuentra en el grupo de trastornos funcionales gastrointestinales más frecuentes.

La palabra dispepsia viene del sufijo griego dys (alteración) y de la palabra griega pepsis (digestión). Aceptada también como sinónimo de indigestión según el diccionario médico de Melloni, ha quedado definida en el documento elaborado al respecto por la Asociación Americana de Gastroenterología como un dolor o malestar crónico recurrente localizado en el abdomen superior.

La dispepsia puede ser orgánica, cuando existe un proceso orgánico definido en su etiología, o funcional, cuando no es posible identificar ninguna alteración estructural a la cual atribuir su origen.

Cuando la dispepsia se relaciona con anomalías fisiopatológicas o microbiológicas de relevancia clínica incierta (gastritis Hp, duodenitis histológica, por ejemplo) se puede utilizar también el término de dispepsia funcional.

Son sinónimos de dispepsia no ulcerosa términos tales como dispepsia funcional, dispepsia esencial, dispepsia no ulcerosa y síndrome de distress epigástrico.

TRASTORNOS FUNCIONALES G.I. MAS COMUNES

DISPEPSIA

prevalencia 20-25%

E. R. G. E.

prevalencia 20%

S. I. I.

prevalencia 10-10%

ESTREÑIMIENTO

CRONICO

prevalencia 10-20%

Thompson WR y col. Gut 2000; Talley NJ y col. Gastroenterology 1999; Loda J col. Gastroenterology 1997; Drossman DA y col. Rome II 2000

DEFINICION DE DISPEPSIA

DISPEPSIA (dys + pepsis): digestión alterada

DISPEPSIA: Indigestión

Diccionario Médico Ilustrado de Melloni 1982

dolor o malestar crónico o recurrente
localizado en el abdomen superior

Talley NJ y col. Gut 1999; 48 (Suppl II): S17-S42
AGA Medical Position Statement. Gastroenterology 1996;114:578-81

DISPEPSIA ORGANICA

PUEDA SER IDENTIFICADO UN PROCESO
ORGANICO EN SU ETIOLOGIA

DISPEPSIA FUNCIONAL

NO EXISTE UN PROCESO ORGANICO
PRECEDENTE EN SU ETIOLOGIA

CAUSAS DE DISPEPSIA

- enfermedades orgánicas identificables como causa de los síntomas
- anomalía fisiopatológica o microbiológica de una relevancia clínica incierta (gastritis Hp, duodenitis histológica, por ej.)
- sin explicación identificable

DISPEPSIA
FUNCIONAL

SINONIMOS DE DISPEPSIA NO ULCEROSA

DISPEPSIA
FUNCIONAL

DISPEPSIA
ESENCIAL

SINDROME DE DISTRESS
EPIGASTRICO

DISPEPSIA NO ULCEROSA

Entre los síntomas de dispepsia se encuentran el dolor o molestia abdominal, la llenura postprandial, la saciedad precoz, los eructos, la distensión abdominal, la anorexia, náuseas, vómitos, regurgitaciones y el ardor epigástrico.

El ardor epigástrico se define como una sensación quemante confinada al epigastrio. No se considera acidez a menos que se irradie a la región retroesternal, sobre todo si se acompaña con regurgitaciones ácidas. La acidez no se considera actualmente un síntoma que se origine primariamente en el estómago o en el duodeno, y existe suficiente evidencia que tiene moderada especificidad para la enfermedad de reflujo gastroesofágica. De allí que en Roma III haya sido excluida de la definición de dispepsia, aún cuando pueda concurrir con síntomas de dispepsia funcional.

En el año 2005 fueron reportadas en el Congreso Mundial de Gastroenterología que tuvo lugar en Montreal las conclusiones de las deliberaciones de un comité sobre trastornos funcionales gastrointestinales conocido como Roma III, constituido por un grupo de expertos que enriquecieron y modificaron criterios previamente emitidos en otros eventos similares conocidos como Roma I (1990) y Roma II (1999), y cuyas conclusiones fueron presentadas en el marco de las deliberaciones de la American Gastroenterological Association que tuvieron lugar durante la Digestive Disease Week llevada a cabo en Los Angeles en 2006. En estos criterios, los Trastornos Funcionales Gastroduodenales fueron clasificados como 1) Dispepsia Funcional, con dos subclasificaciones: síndrome de malestar postprandial y síndrome de dolor epigástrico; 2) Trastornos de eructación (aerofagia y eructación excesiva no específica); Trastornos de Náuseas y Vómitos (náuseas crónica idiopática, vómito funcional y síndrome de vómitos cíclicos) y 4) Síndrome de Rumiación en adultos.

En los criterios de Roma III para la dispepsia funcional que sustituyeron a los de Roma II se establece que deben incluir uno o más de los siguientes síntomas: llenura postprandial molesta, saciedad precoz, dolor y ardor epigástrico, en ausencia de una patología estructural que explique los síntomas, lo que incluye la realización de una esofagogastroduodenoscopia. Estos criterios deben estar presentes por los últimos 3 meses, con inicio de los síntomas al menos 6 meses antes del diagnóstico.

El síndrome de dolor epigástrico debe incluir uno o más de los siguientes síntomas: dolor o ardor epigástrico de al menos moderada severidad por lo menos una vez a la semana, dolor intermitente, el cual no debe ser generalizado ni localizado a otras regiones del tórax o del abdomen, el cual no debe ser aliviado por la evacuación o expulsión de flatos, y que no debe tener criterios para trastornos de la vesícula biliar o del esfínter de Oddi. Este síndrome puede coexistir con el síndrome de malestar postprandial y sus síntomas deben estar presentes en los últimos 3 meses con inicio de de los mismos al menos 6 meses antes del diagnóstico.

Roma II establece para el síndrome de malestar postprandial los siguientes síntomas: llenura postprandial molesta, después de comidas ordinarias, al menos varias veces por semana o saciedad precoz que impida completar una comida regular al menos varias veces por semana, criterios que deben estar presentes por los últimos 3 meses, con inicio de síntomas al menos 6 meses antes del diagnóstico. Como criterios adicionales que soporten este diagnóstico se incluyen la distensión del abdomen superior, las náuseas y los eructos. Este síndrome puede coexistir con el síndrome de dolor epigástrico.

SINTOMAS DE DISPEPSIA

- dolor o molestia abdominal
- llenura post-prandial
- saciedad precoz
- eructos
- distensión abdominal
- anorexia
- náuseas
- vómitos
- regurgitaciones
- ardor epigástrico (*)

SINTOMAS DE DISPEPSIA

(*) ardor epigástrico: sensación quemante confinada al epigastrio. No se considera ACIDEZ a menos que se irradie a la región retroesternal.

La ACIDEZ no se considera actualmente un síntoma que se origine primariamente en el estómago o en el duodeno. Hay evidencia que tiene como síntoma una moderada especificidad para la ERGE (*).

De allí que en Roma III no haya sido incluida en la definición de dispepsia, aunque pueda presentarse coincidiendo con síntomas gastroduodenales.

TRASTORNOS FUNCIONALES GASTRODUODENALES ROMA III

- DISPEPSIA FUNCIONAL
 - síndrome de malestar postprandial
 - síndrome de dolor epigástrico
- TRASTORNOS DE ERUCTACION
 - aerofagia
 - eructación excesiva no específica
- TRASTORNOS DE NAÚSEAS Y VÓMITOS
 - náuseas crónicas idiopáticas
 - vómito funcional
 - síndrome de vómitos cíclicos
- SÍNDROME DE RUMIACION EN ADULTOS

DISPEPSIA FUNCIONAL. CRITERIOS DIAGNOSTICOS

- Deben incluir uno o más de los siguientes síntomas:
 - llenura postprandial molesta
 - llenura precoz
 - dolor epigástrico
 - ardor epigástrico
- Ausencia de una patología estructural que explique los síntomas (incluye una esofagogastroduodenoscopia)

Criterios presentes por los últimos 3 meses con inicio de síntomas al menos 6 meses antes del diagnóstico

Roma III, Tack J, y col. Gastroenterology 2006;130:1466-79

SÍNDROME DE DOLOR EPIGÁSTRICO

- Deben incluir uno o más de los siguientes síntomas:
 - dolor o ardor epigástrico de al menos de moderada severidad por lo menos una vez a la semana
 - dolor intermitente
 - no generalizado o localizado a otras regiones del tórax o abdomen
 - no aliviado por evacuación o expulsión de flatos
 - sin criterios para trastornos de la vesícula o del Esfínter de Oddi
- puede coexistir con síndrome de malestar postprandial

Criterios presentes por los últimos 3 meses con inicio de síntomas al menos 6 meses antes del diagnóstico

SÍNDROME DE MALESTAR POSTPRANDIAL CRITERIOS DIAGNOSTICOS

- Deben incluir uno o más de los siguientes síntomas:
 - llenura postprandial molesta, después de comidas ordinarias, al menos varias veces por semana
 - saciedad precoz que impide completar una comida regular, al menos varias veces por semana
- Criterios presentes por los últimos 3 meses con inicio de síntomas al menos 6 meses antes del diagnóstico.

CRITERIOS ADICIONALES DE SOPORTE:

- distensión abdominal superior, náuseas, eructos
- puede coexistir con síndrome de dolor epigástrico

Diversos métodos pueden ser utilizados en la evaluación de la dispepsia. Esta diapositiva ilustra dos causas orgánicas de dispepsia detectadas sin endoscopia, con ecosonograma abdominal y con radiología de doble contraste.

La placa simple de abdomen es otro ejemplo de métodos que a veces pueden ser de utilidad en el diagnóstico de la dispepsia. En esta lámina se muestran dos ejemplos de distensión gástrica por gases en pacientes con aerofagia.


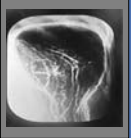
Es necesario tener presente que muchos problemas que no tienen su origen en el aparato digestivo se pueden manifestar por síntomas tales como vómitos (diabetes, insuficiencia renal, hipertensión endocraneana, hipercalcemia, trastornos hidroelectrolíticos, depresión y bulimia), dolor abdominal (neumonía, herpes zoster, porfiria, intoxicación plúmica, tabes dorsalis y epilepsia abdominal), diarrea (hipertiroidismo, diarrea facticia) y estreñimiento (hipotiroidismo, hiperparatiroidismo).

Entre las causas más frecuentes de dispepsia orgánica se encuentran la úlcera péptica, la enfermedad de reflujo gastroesofágico, las gastritis, duodenitis asociadas a la ingestión de analgésicos antiinflamatorios no esteroideos y a otros medicamentos, la patología biliar (cálculos, colecistitis), ciertos problemas del páncreas como la pancreatitis, neoplasias del estómago o del páncreas, las parasitosis intestinales como giardiasis, strongyloidiasis, y otras causas menos frecuentes como ciertos trastornos metabólicos y las colagenosis, especialmente la esclerodermia.

Entre las posibles causas de dispepsia funcional se incluyen la sensación o percepción anormal de estímulos, la lesión mucosa por ácidos, pepsina u otros (Hp o sales biliares), el reflujo duodenogástrico, los trastornos de la motilidad gastrointestinal y la psicopatología.

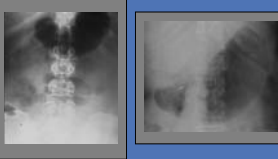
Diversos estudios han demostrado que no existen alteraciones en la secreción ácida gástrica que permitan diferenciar a aquellos que presentan dispepsia funcional de sujetos sanos.

CAUSAS ORGANICAS DE DISPEPSIA

Litiasis vesicular cáncer gástrico

RX SIMPLE DE ABDOMEN EN PACIENTES CON AEROFAGIA



ENFERMEDADES NO G.I. CON SINTOMAS G.I.

| | |
|--|--|
| VÓMITOS diabetes insuficiencia renal hipert. endocraneana hipercalcemia trastornos hidroelect. depresión bulimia | DOLOR ABDOMINAL neumonía herpes zoster porfiria intoxicación plúmica tabes dorsalis epilepsia abdominal |
| DIARREA hipertiroidismo diarrea facticia | ESTREÑIMIENTO hipotiroidismo hiperparatiroidismo |

CAUSAS ORGANICAS DE DISPEPSIA

- úlcera péptica
- enfermedad de reflujo g.e.
- gastritis, duodenitis
- enfermedad biliar
- pancreatitis crónica
- cáncer gástrico
- drogas (AINES, tacrolimus, digoxina, etc.)
- enfermedades celíacas
- parasitosis (giardiasis, strongyloidiasis)
- trastornos metabólicos (diabetes, hiperparatiroidismo)
- colagenosis

POSIBLES CAUSAS DE DISPEPSIA FUNCIONAL

- anormal sensación o percepción de estímulos
- lesión mucosa por ácido, pepsina u otros (Hp)
- reflujo duodenogástrico
- trastornos de la motilidad gastrointestinal
- psicopatología

SECRECIÓN ACIDA EN DISPEPSIA NO ULCEROSA

| | BASAL (BAO) | MAXIMA (MAO) |
|------------------------|---------------|-----------------|
| Voluntarios sanos (10) | 48,9 +/- 63,5 | 330,2 +/- 161,9 |
| D. N. U. | 37,8 +/- 42,3 | 321,3 +/- 146,0 |

• estimulación con 8ug/Kg de pentagastrina
 • media +/- 2 DS nmo/min

Nyren O Abstracts of Uppsala dissertation from the Faculty of Medicine 1996; 527: 17

Un subgrupo de pacientes con síntomas de dispepsia funcional pueden presentar trastornos de vaciamiento gástrico, especialmente para alimentos sólidos. La lámina muestra como el vaciamiento gástrico se retarda en pacientes diabéticos con gastroparesia comparados con voluntarios normales.

Los pacientes con hipomotilidad antral también pueden mostrar retardo del vaciamiento gástrico y presentar síntomas de dispepsia.

Las alteraciones manométricas pueden observarse con frecuencia en pacientes con dispepsia funcional.

No todos los pacientes con trastornos de vaciamiento gástrico tienen dispepsia funcional. Diversas alteraciones pueden causar retención gástrica, bien porque ocasionan motilidad gástrica anormal o porque causan obstrucción mecánica (ver lámina correspondiente)

Otras causas adicionales de gastroparesis pueden ser de origen neuropáticas, miopáticas o idiopáticas

Dos ejemplos de trastornos que pueden ocasionar síntomas de dismotilidad son la gastroparesia y la pseudoobstrucción intestinal.

CURVAS DE VACIAMIENTO GÁSTRICO DE SÓLIDOS Y LÍQUIDOS

VACIAMIENTO GÁSTRICO RETARDADO EN PACIENTES CON HIPOMOTILIDAD ANTRAL

| | TIEMPO DE RETARDO | VACIAMIENTO DE RESIDUOS SÓLIDOS | T 1/2 | LÍQUIDOS |
|---------------------------------|-------------------|---------------------------------|-------|-----------|
| | min. | min. | min. | T 1/2 min |
| CONTROLES | 35 | 29,9 | 138 | 24 |
| HIPOMOTILIDAD ANTRAL (H. A.) | 67* | 17,6* | 254* | 65* |
| DISMOTILIDAD INTESTINAL (D. I.) | 65 | 19,6* | 183 | 46* |
| H.A. + D. I. | 80 | 20,6 | 200 | 40 |

* P < 0,05 VS controles. Motility 1986; 4: 10

ANORMALIDADES MANOMÉTRICAS EN DISPEPSIA FUNCIONAL

CAUSAS DE RETENCIÓN GÁSTRICA

| RETENCIÓN GÁSTRICA ANORMAL | OBSTRUCCIONES MECÁNICAS |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> INFLAMATORIAS: úlcera péptica, gastritis, etc. VAGOTOMIA CRUCIAS: endometriosis, epíplomas DISFUNCIÓN IDIOPÁTICA GASTROPARESIA DIABÉTICA PSEUDOOBSTRUCCIÓN INTST. | <ul style="list-style-type: none"> ESQUEMAS: <ul style="list-style-type: none"> obstrucción distal: pilorocod. úlcera péptica, neoplasia gástrica, pilorospasmo ANOMALIAS: <ul style="list-style-type: none"> ADQ: gástrico, íleonas, etc. congénitas: meckeliana (en el páncreas, por ej.) |

CAUSAS DE GASTROPARESIS

- NEUROPÁTICAS: neuropatía diabética, vagotomía, esclerodermia, procer, distonias gástricas
- MIOPÁTICAS: esclerodermia, miotonia distrofica
- IDIOPÁTICA: origen desconocido

gastroparesia **pseudoobstrucción intestinal**

Las alteraciones de la motilidad gastrointestinal pueden dar lugar a diferentes trastornos digestivos. La pérdida de tono del esfínter esofágico inferior, por ejemplo, puede dar lugar a reflujo gastroesofágico y a esofagitis, al igual que problemas en el aclaramiento esofágico y en el vaciamiento gástrico. Estos últimos, a su vez, pueden ser causa de dispepsia funcional, así como las alteraciones de la coordinación antroduodenal y la presencia reflujo duodenogástrico, el cual ha sido imputado en la patogénesis de las llamadas gastritis alcalinas. Por otra parte, el deterioro de las funciones de propulsión intestinal pueden llevar a atonía intestinal con manifestaciones de pseudoobstrucción intestinal o constipación.

Los trastornos funcionales digestivos, al igual que en otras partes del mundo, son frecuentes en Venezuela, según cifras Zaidman y Valencia Parparcén.

Otro grupo estudiado por Zaidman y Valencia P. muestran la elevada proporción de pacientes con trastornos funcionales en una consulta de Gastroenterología.

Es necesario tener presente en la evaluación de pacientes con síntomas de dispepsia la presencia de signos de alarma que orienten hacia una patología orgánica, tales como enflaquecimiento, anemia, disfagia, fiebre, sangre en heces, visceromegalia, masa abdominal palpable e inmunosupresión.

Igualmente, se deben tener presente ciertos trastornos cuyos síntomas a veces pueden confundirse con los de dispepsia funcional, tales como la intolerancia a la lactosa y la enfermedad celíaca, los cuales deben ser excluidos o sospechados mediante un interrogatorio adecuado.

Esta lámina muestra la conducta a seguir en el diagnóstico y manejo de la dispepsia.



REGISTRO DE 10.000 HISTORIAS CONSECUTIVAS

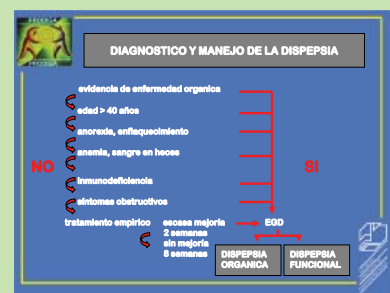
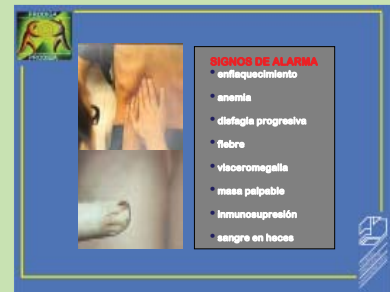
| Patología | Nº casos | % |
|----------------------|---------------|---------------|
| Orgánica | 3854 | 38,54 |
| Funcional | 3120 | 31,20 |
| Orgánica + Funcional | 1291 | 12,91 |
| Extradigestiva | 1192 | 11,92 |
| Sin diagnóstico | 873 | 8,73 |
| TOTAL | 10.000 | 100,00 |

Zaidman L. y Valencia Parparcén J. GGI 1988

REGISTRO DE 500 HISTORIAS CONSECUTIVAS EN UN SERVICIO PUBLICO DE GASTROENTEROLOGIA

| Patología | Nº de casos | % |
|----------------|-------------|---------------|
| Orgánica | 189 | 39,80 |
| Funcional pura | 189 | 39,80 |
| No clasificada | 112 | 22,40 |
| TOTAL | 500 | 100,00 |

Zaidman L. y Valencia Parparcén J. 1988



Alternativas para el tratamiento de la dispepsia funcional.

La investigación de infección gástrica por *Helicobacter pylori* tiene lugar en la evaluación del paciente dispéptico, ya que hay un subgrupo de pacientes que parece beneficiarse al ser tratados y la bacteria erradicada.

Las alternativas que se pueden considerar en el tratamiento de la dispepsia son el tratamiento médico empírico con antisecretores o proquinéticos de acuerdo a la naturaleza de sus síntomas en aquellos pacientes con síntomas de dispepsia sin síntomas de alarma menores de 45 años, la evaluación endoscópica inmediata en la presencia de síntomas o signos de alarma, la investigación no invasiva de infección por *Helicobacter pylori* con endoscopia en aquellos casos positivos o el tratamiento de la infección en aquellos casos positivos sin síntomas o signos de alarma en pacientes menores de 45 años.

Sin embargo, es posible encontrar patología de tipo ulceroso o cáncer en aproximadamente un 20% de los casos investigados.

La edad es importante para predecir la posibilidad de hallazgos de patología orgánica en pacientes a quienes se les practica una endoscopia, ya que cuando son más jóvenes la frecuencia con la que se consigue cáncer es muy baja o inexistente, aunque la úlcera péptica puede estar presente con cierta frecuencia.

En cambio, cuando la población estudiada es mayor de 70 años, el cáncer gástrico puede estar presente hasta en un 23% de casos y la úlcera péptica hasta en un 58% de casos, muchos de ellos atribuibles a la ingestión de analgésicos antiinflamatorios no esteroideos por diversos problemas de salud que presenta este grupo etáreo, como los problemas osteoarticulares.

**INHIBIDORES DE SECRECIÓN ÁCIDA
PROQUINÉTICOS
OTROS**

DISPEPSIA FUNCIONAL Y HELICOBACTER PYLORI

OPCIONES EN EL MANEJO DE DISPEPSIA

- tratamiento médico empírico (antisecretor ácido o proquinético)
- evaluación endoscópica inmediata
- investigación de Hp no invasiva (serología, prueba del aliento) y endoscopia en casos positivos
- investigación de Hp tratamiento de casos positivos

DIAGNOSTICOS DE DISPEPSIA TRAS LA ENDOSCOPIA

3667 PACIENTES CON DISPEPSIA

ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA

| NORMAL | ERGE | " ITIS " | ULCERA | CANCER |
|-----------------|----------------|----------------|----------------|------------|
| 1232 (33,6%) | 878 (23,9%) | 765 (20,9%) | 729 (19,9%) | 74 (2%) |

Fisher JA y col Br Med J 1977;2:1195; Brimble AN y col Br Med J 1979;1:1111
Hodrich G y col Br Med J 1976;1:457; Hollway M J y col Br Med J 1980;352:916

INFLUENCIA DE LA EDAD EN LA FRECUENCIA DE ENFERMEDADES ORGÁNICAS COMO CAUSA DE DISPEPSIA
Pacientes menores de 25 años

79 PACIENTES CON DISPEPSIA

ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA

| NORMAL | ERGE | " ITIS " | ULCERA | CANCER |
|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------|
| 30 (38%) | 19 (24%) | 10 (13%) | 32 (41%) | 0 (0%) |

Forbert LM y col Br Med J 1997;205:989;
Lockhart BAR y col Br Med J 1980;280:1288

INFLUENCIA DE LA EDAD EN LA FRECUENCIA DE ENFERMEDADES ORGÁNICAS COMO CAUSA DE DISPEPSIA
pacientes mayores de 70 años

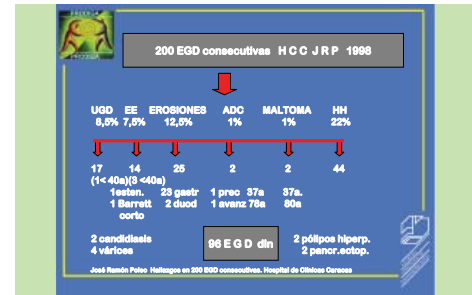
45 PACIENTES CON DISPEPSIA

ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA

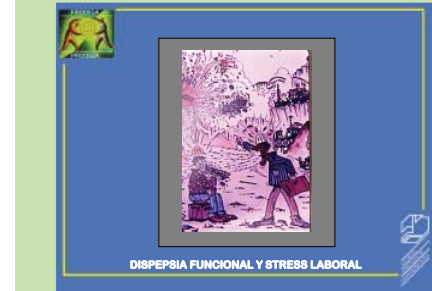
| NORMAL | ERGE | " ITIS " | ULCERA | CANCER |
|------------|------------|-------------|-------------|-------------|
| 9 (20%) | 6 (13%) | 10 (22%) | 23 (50%) | 15 (23%) |

Forbert LM y col Br Med J 1997;205:989;
Lockhart BAR y col Br Med J 1980;280:1288

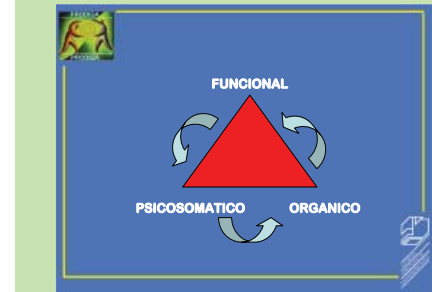
Esta lámina muestra una experiencia reciente venezolana en 200 endoscopias consecutivas en pacientes con dispepsia. (José Ramón Poleo Hallazgos en 200 EGD consecutivas. Hospital de Clínicas Caracas, en las que 96 fueron normales).



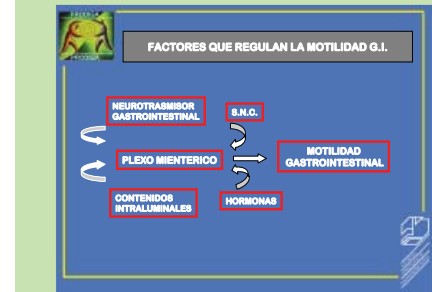
El stress (laboral o de cualquier otro tipo) puede jugar un papel de importancia en la génesis de la dispepsia funcional



La relación entre los trastornos funcionales el desarrollo de un trastorno psicósomático y la eventual aparición de un trastorno orgánico se conoce desde hace bastante tiempo.



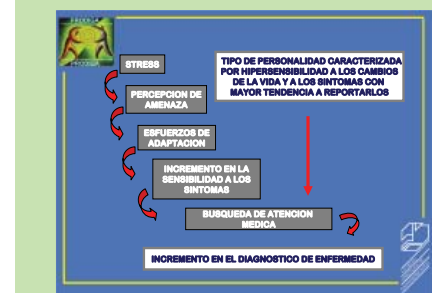
Diversos factores regulan la motilidad gastrointestinal.



Algunos de ellos juegan un papel inhibitor y otros un papel estimulador.

| | INHIBIDOR | ESTIMULADOR |
|-----------------------------|--|---|
| HORMONAS | Secretina CCK PYY | |
| NEUROGENIA | Vago Inhib. Simpático | Gastrina Vago estimulador |
| NEUROTRANSMIS. OTROS | 5HT Dopamina Cafeína CH Cigarrillo | ACH 5HT |
| DRUGAS | Anticochl. L-Dopa | Domperidona Metoclopramida Cisapride Tegaserod |

Hay un cierto tipo de personalidad que se caracteriza por mayor sensibilidad visceral con la consecuente aparición de síntomas y su tendencia a reportarlos.



Ciertas enfermedades psiquiátricas o trastornos neuróticos tienen tendencia a una mayor asociación con trastornos funcionales gastrointestinales.

A su vez, ciertas enfermedades psiquiátricas o trastornos neuróticos tienen tendencia a una mayor asociación con trastornos funcionales gastrointestinales

Drossman y colaboradores han planteado un modelo biopsicosocial aplicable a todos los trastornos funcionales digestivos.

En esta diapositiva se presenta un algoritmo para la evaluación de la dispepsia.

El manejo del paciente con dispepsia funcional requiere la evaluación clínica apoyada con exámenes complementarios para descartar enfermedad orgánica, la educación del paciente (informar sobre la naturaleza del trastorno, medicación a emplear, tranquilizarle y eliminar concepciones erróneas y tumores, y por supuesto, el tratamiento del paciente, basado en una adecuada relación médico-paciente en términos de cooperación y comprensión, con la individualización de cada caso, cambios dietéticos, empleo de medicamentos apropiados, terapia psicológica en ciertos casos y manejo del stress.

Lámina final. Agradecimiento a la audiencia.

TRASTORNOS G. I. FUNCIONALES ASOCIADOS CON ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS

| SINDROME | SINTOMAS PRINCIPALES | ENF. PSIQUIÁTRICAS |
|----------------------------|--|--|
| Vómito patógeno | náuseas y vómitos | depresión |
| Dispepsia | molesta epigástrica | n. de ansiedad |
| Intestino Irritable | dolor y constipación diarrea y estreñimiento diarrea | depresión, histeria n. ansiedad, histeria |
| Dolor abdominal Recurrente | dolor abdominal | dolor patógeno |

Hoop Practices Abril 1983

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS QUE PUEDEN PRESENTARSE CON SINTOMAS G. I.

| DIAGNOSTICO | SINTOMAS COMUNES |
|--------------------------------------|---|
| Desórdenes afectivos Depresión | náuseas, vómitos, anorexia, enflaquecimiento, alteración de hábitos intestinales, dolor abdominal |
| Neurosis de ansiedad | diarrea, molestia epigástrica |
| Desórdenes somato-mórficos, histeria | náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal |
| Dolor patógeno | dolor abdominal |

Hoop Practices Abril 1983

El modelo biopsicosocial de Drossman muestra la interacción entre factores biológicos (Fisiología, Motilidad, Sensibilidad), factores psicológicos (Estrés vital, Cambio de adaptación, Biorritmo social) y factores ambientales (Vida temprana, Genética, Entorno). Estos factores influyen en el Sistema Nervioso Central (S.N.C.) y el Sistema Nervioso Entérico (S.N.E.), lo que resulta en un Síndrome Intestinal Irritable (S.I. Irritable) y un Síndrome Nervioso Entérico (S.N.E.). El resultado es un comportamiento que afecta la calidad de vida, manifestándose en visitas médicas y medicación.

Publicado en *Gastroenterology*, Vol. 83, No. 2, 1982

El algoritmo de evaluación de la dispepsia comienza con la evaluación clínica. Si el paciente tiene <40 años y no tiene síntomas de alarma, se recomienda investigar H.p. y tratar con Tm o Tm + P. Si el paciente tiene >40 años o síntomas de alarma, se recomienda investigar H.p. y tratar con Tx empírica o FRAGAR. Se menciona la necesidad de evaluar por Motus, ERSE, COLICO BILIJAR y S.I.I. para descartar AEROFAGIA, SOP MEDICAMENTOSA u OTRA PATOL. ORG. El resultado es EOD (Enfermedad Orgánica Digestiva) o Dispepsia Orgánica, o Dispepsia Funcional.

MANEJO DEL PACIENTE CON DISPEPSIA FUNCIONAL

- EVALUACION DEL PACIENTE.**
Descartar enfermedad orgánica
- EDUCACION DEL PACIENTE.**
Informar sobre la naturaleza del trastorno, medicación a emplear
Tranquilizar, eliminar concepciones erróneas y tumores
- TRATAMIENTO DEL PACIENTE.**
Basado en una adecuada relación médico-paciente en términos de cooperación y comprensión. Individualizar cada caso
Dedicar suficiente tiempo en cada consulta y programar consultas frecuentes
Cambios dietéticos
Empleo de medicamentos apropiados
terapia psicológica
Manejo del stress

GRACIAS

MEDICO: Residente General Familiar Internista Cirujano Otra



Dispepsia Funcional

Lugar y Fecha: _____

Encuesta Pre-Charla

- 1) Son síntomas de la Dispepsia Funcional:
_____ Dolor en abdomen superior. _____ b.-Llenura post-prandial. _____ c.-Eructos.
_____ Regurgitación. _____ Todas ellas son correctas.
- 2) Entre las causas de la Dispepsia Funcional se encuentran:
_____ Presencia de Ulceras gastroduodenales. _____ Anormal percepción de estímulos.
_____ Trastornos de motilidad _____ Litiasis coledociana. _____ b+c son correctas.
- 3) Son signos de alarma en un paciente con presunción diagnóstica de Dispepsia Funcional:
_____ Fiebre. _____ Pérdida de peso. _____ Anemia.
_____ Sangre en las heces. _____ Todas ellas .
- 4) Un paciente con criterios de Roma III para Dispepsia Funcional debemos planificar:
_____ Serología o test del aliento para investigar Helicobacter Pylori.
_____ Endoscopia Digestiva Superior en todos los casos. _____ Tomografía abdominal.
_____ Tránsito intestinal. _____ Todas las opciones.
- 5) El manejo de todo paciente con Dispepsia Funcional comprende:
_____ Evaluación médica con examen físico completo. _____ Educar al paciente sobre la patología.
_____ Indicar dieta apropiada. _____ Investigar el grado de stress de cada paciente e intervenir para su control.
_____ Todas ellas son correctas.

MEDICO: Residente General Familiar Internista Cirujano Otra



Dispepsia Funcional

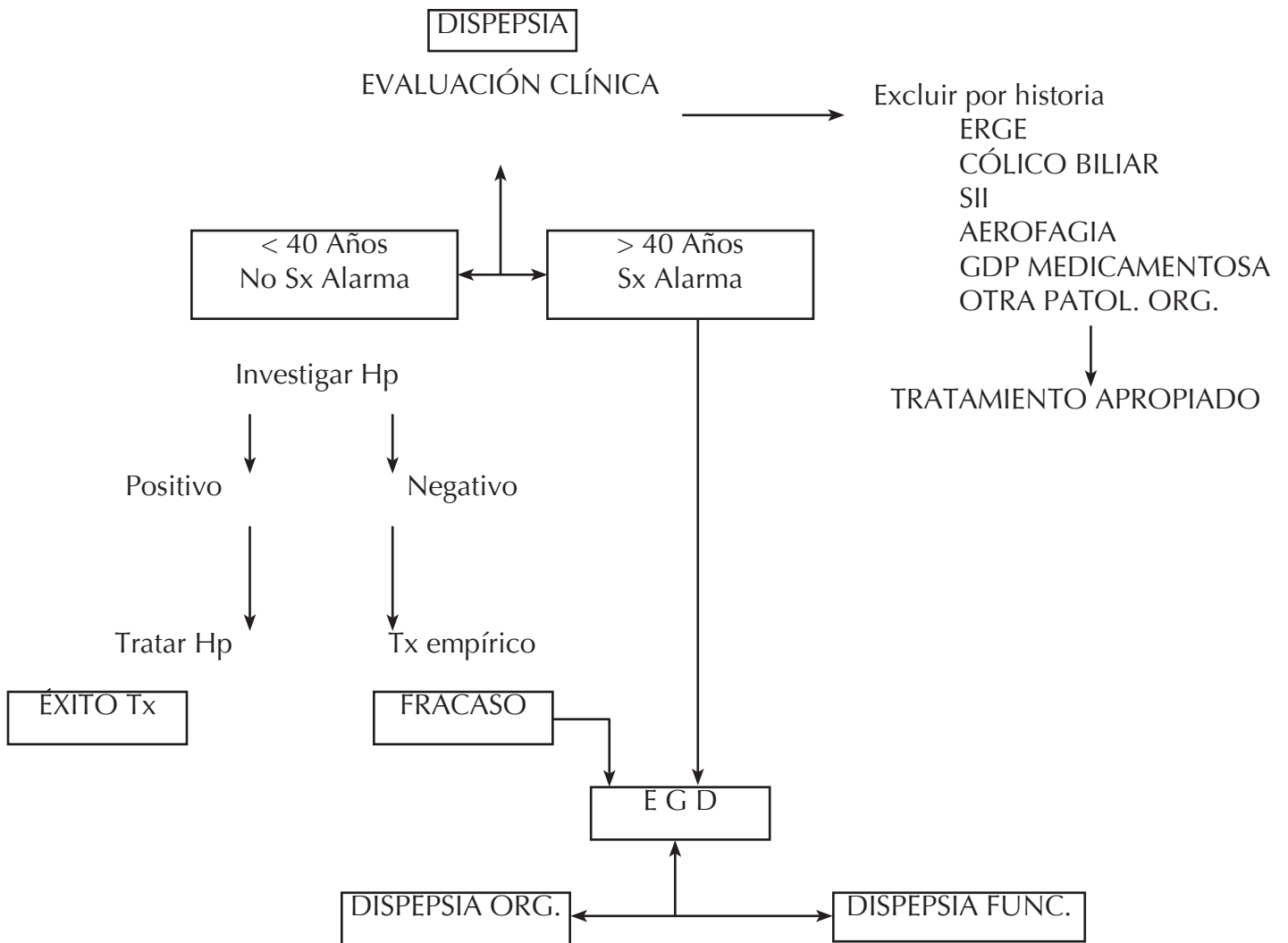
Lugar y Fecha: _____

Encuesta Post-Charla

- 1) Son síntomas de la Dispepsia Funcional:
_____ Dolor en abdomen superior. _____ b.-Llenura post-prandial. _____ c.-Eructos.
_____ Regurgitación. _____ Todas ellas son correctas.
- 2) Entre las causas de la Dispepsia Funcional se encuentran:
_____ Presencia de Ulceras gastroduodenales. _____ Anormal percepción de estímulos.
_____ Trastornos de motilidad _____ Litiasis coledociana. _____ b+c son correctas.
- 3) Son signos de alarma en un paciente con presunción diagnóstica de Dispepsia Funcional:
_____ Fiebre. _____ Pérdida de peso. _____ Anemia.
_____ Sangre en las heces. _____ Todas ellas .
- 4) Un paciente con criterios de Roma III para Dispepsia Funcional debemos planificar:
_____ Serología o test del aliento para investigar Helicobacter Pylori.
_____ Endoscopia Digestiva Superior en todos los casos. _____ Tomografía abdominal.
_____ Tránsito intestinal. _____ Todas las opciones.
- 5) El manejo de todo paciente con Dispepsia Funcional comprende:
_____ Evaluación médica con examen físico completo. _____ Educar al paciente sobre la patología.
_____ Indicar dieta apropiada. _____ Investigar el grado de stress de cada paciente e intervenir para su control.
_____ Todas ellas son correctas.

Manejo rápido para el médico

ALGORITMO MANEJO DISPEPSIA FUNCIONAL



Información para el paciente y la comunidad

Dispepsia Funcional.

1.- Que es la Dispepsia Funcional: se trata de un conjunto de síntomas entre los cuales se encuentran dolor o ardor en la parte alta del abdomen (en la zona del estómago), llenura que aparece después de comer, gases, eructos frecuentes, náuseas, vómitos, que no son causados por lesiones del aparato digestivo detectables por los métodos usuales de diagnóstico, los cuales, en estos casos, suelen arrojar resultados normales. Es una condición totalmente benigna (no se asocia a tumor) y se trata de un problema muy frecuente en nuestro país y en el resto del mundo. Se estima que aproximadamente un 20% de pacientes que consultan por síntomas digestivos pueden sufrir de dispepsia. Hay que diferenciarla de la Dispepsia Orgánica, en la cual pueden estar presentes los mismos síntomas, pero en este caso ocasionados por lesiones orgánicas o estructurales del estómago, duodeno, vesícula, vías biliares o páncreas como úlcera gástrica o duodenal, cáncer gástrico, de páncreas o cálculos vesiculares por ejemplo. Sólo su médico puede diferenciar si se trata de una dispepsia orgánica o funcional, y para ello se vale de diferentes recursos como la historia clínica, exámenes de laboratorio o estudios especializados como ecocardiograma abdominal, endoscopia o rayos X.

2.- Revise bien los siguientes aspectos:

¿ Ud, presenta ardor o dolor en la parte alta del abdomen que se conoce como epigastrio, malestar después de comer, durante un período igual o superior a 6 meses ? Entonces debería consultar a su médico, porque quizás presenta Dispepsia Orgánica o Funcional.

Es importante que identifique si ha perdido el apetito y peso, síntomas que sugieren más bien una dispepsia de tipo orgánico. Así mismo debe vigilar las características de las evacuaciones en cuanto al color, consistencia y frecuencia. Un color negro de las heces pueden sugerir sangramiento proveniente de la parte alta del aparato digestivo (esófago, estómago o duodeno) y es un signo de alarma que le debe llevar a consultar al médico.

Revise bien como están sus hábitos de vida (el comer, dormir, trabajar, evacuar), sus movimientos intestinales (evacuaciones), su estado de ánimo, su relación con las personas que lo rodean, la percepción del dolor. Estos cambios pudieran tener relación con la aparición de la Dispepsia Funcional.

¿ Recuerda Ud, si recibió en el pasado reciente o tardío, medicamentos para erradicar la bacteria del estómago conocida como Helicobacter Pylori?. La presencia de esta bacteria pudiera estar asociada a la Dispepsia Funcional y tratarla en algunos casos puede mejorar sus síntomas.

3. Si no me encuentran nada en los exámenes, quiere decir que el problema está en mi cabeza y son los nervios la causa de mis síntomas?

La respuesta es no. Aunque hoy en día no se conocen todavía con precisión las causas que originan la Dispepsia Funcional algunos expertos en el tema han sugerido que ésta podría estar originada en el hecho de que los pacientes tuvieran una mayor sensibilidad en las paredes del tubo digestivo, o problemas con la forma como se contraen (peristalsis) éstas durante los procesos digestivos. También se conoce que existen hormonas involucradas en la aparición de los síntomas.

En la actualidad se acepta que la Dispepsia Funcional que tiene un origen multifuncional, en donde están implicados los siguientes factores:

1.- Factores Causales.

• Factor Motor: hay alteración de los movimientos peristálti-

cos normales gastrointestinales.

• Factor Sensitivo: Los pacientes con Dispepsia Funcional tienen una mayor sensibilidad al dolor y pueden responder de una manera diferente a estímulos ocasionados durante los procesos digestivos que en otras personas no le acarrearán problemas.

2.- Factores precipitantes de los síntomas.

• Psicosociales: El estrés y la ansiedad.

• Dietéticos: La ingesta de grasas, granos, lácteos, ciertos vegetales (brócoli, coliflor, repollo, etc.) así como de irritantes de las paredes del tubo digestivo como el exceso de alcohol, café, condimentos fuertes, etc.

4.- Cómo se llega al Diagnóstico de Dispepsia Funcional ?

El diagnóstico de dispepsia funcional es un diagnóstico que se establece investigando la aparición de síntomas muy característicos del problema. Así han surgido los criterios de Roma III, así llamados por haber sido esta ciudad el sitio donde en varias ocasiones se han reunido grupos de expertos en diversas ocasiones, para generar los criterios llamados Roma I, II y más recientemente, en 2006, los de Roma III. Su médico tratante revisará si sus síntomas se corresponden con Dispepsia Funcional y le indicará el tratamiento apropiado e investigará otras causas de sus síntomas capaces de ocasionar una dispepsia de tipo orgánico tales como Gastritis, Úlcera, Tumor.

5.- Tiene tratamiento la Dispepsia Funcional?

Por supuesto que sí. Antes de iniciar ningún tratamiento es de vital importancia que confíe en el diagnóstico que ha hecho su médico y no tenga ninguna duda de que no tiene patología (su médico ha descartado que tenga usted un tumor o algo grave).

Una vez aceptado esto, debe entender también que la dispepsia funcional es un proceso benigno en el que los síntomas pueden reaparecer y es tratable con diversos medicamentos según el síntoma predominante. Le recomendamos que siga las siguientes normas ya que podrían ayudarle a disminuir su sintomatología:

- Elimine de la dieta alimentos con los que usted ve que aparecen más frecuentemente los síntomas.

- Haga comidas menos copiosas de lo habitual, coma despacio y mastique adecuadamente la comida. Todo esto le ayudará a hacer más fácilmente la digestión de los alimentos que haya ingerido.

- No fume, ni tome bebidas que contengan alcohol.

- Si su médico le ha prescrito medicación para disminuir el ácido del estómago, tómela siguiendo sus indicaciones.

- En épocas en las que esté más ansioso, previa consulta con su médico especialista, puede ser útil que tome medicación para disminuir su ansiedad.

- Si tiene que tomar medicación analgésica, el fármaco más aconsejable es el paracetamol. Procure no tomar aspirina (ácido acetilsalicílico), ni antiinflamatorios no esteroideos. En caso de absoluta necesidad, consulte con su especialista para tomarlos bajo protección del estómago con medicación apropiada.

- El ejercicio moderado (caminar a paso rápido durante unos 30 a 45 minutos 4 ó 5 veces a la semana puede ser útil para disminuir su nivel de stress y para mejorar el funcionamiento de su aparato digestivo.

Advertencia: El siguiente material se le entrega para su información general y no substituye la Consulta con su médico a quien debe acudir y preguntarle de tener alguna duda acerca de su salud