

SÍNDROME DISPÉPTICO EN LOS PACIENTES QUE CONSULTAN LA UCSF-I CONCHAGUA

DOI [10.5377/creaciencia.V13i1.10462](https://doi.org/10.5377/creaciencia.V13i1.10462)

Durán Zelaya, Roxana Stephanie¹
Castañeda Benítez, Carmen Elena²
Romero Turcios, Nelsy María³

Recibido 19/06/20

Aceptado 22/10/20

RESUMEN

El síndrome dispéptico se define como presencia de saciedad precoz, plenitud post pandrial, dolor epigástrico o ardor epigástrico en ausencia de enfermedad orgánica, sistémica o metabólica que probablemente explique los síntomas. La prevalencia de la dispepsia es leve, los estudios llevados a cabo en diferentes países se sitúa entre el 11- 29.2%. En la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Conchagua el número de consultas curativas vistas del periodo 1 de enero al 31 de mayo de 2019 registradas en el sistema de morbimortalidad de El Salvador fueron 970, de las cuales 8 fueron clasificadas con el diagnóstico de dispepsia funcional. De estas consultas el tratamiento realizado por el médico se realiza de forma subjetiva al no contar con una guía clínica, por lo que el objetivo general del ensayo es establecer el diagnóstico y manejo de síndrome dispéptico en los pacientes que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Conchagua. En cuanto a la metodología utilizada para el presente estudio resultó conveniente el uso de la técnica de revisión documental, a través de la búsqueda en motores de búsqueda como: Cochrane, Google académico, libros de texto y, posteriormente, se realizó un análisis e interpretación de la información. Las fuentes consultadas establecen que el diagnóstico se realiza clínicamente con base en los criterios diagnósticos de Roma IV, estudios de gabinete como la endoscopia y exámenes de laboratorio entre los que destacan la prueba de *Helicobacter pylori*. El tratamiento de la dispepsia con evidencias científicas puede ser farmacológico y no farmacológico. En relación al tratamiento del síndrome dispéptico a nivel de Unidad Comunitaria de Salud Familiar Conchagua se basa únicamente en medidas farmacológicas, no obstante contando con recursos de nutricionista para brindar tratamiento no farmacológico no se hace uso de este.

Palabras clave: Dispepsia, dolor epigástrico, síndrome, El Salvador.

1 Doctorado en Medicina de Universidad Evangélica de El Salvador. Roxanad338@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-1452-473X>

2 Doctorado en Medicina de Universidad Evangélica de El Salvador. Carménele.casta@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-9856-1994>

3 Doctorado en Medicina de Universidad Evangélica de El Salvador. Nelsyromero19@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-3269-4444>

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF FUNCTIONAL DYSPESIA IN PATIENTS CONSULTING UCSF-I CONCHAGUA

ABSTRACT

Dyspeptic syndrome is defined as the presence of early satiety, postprandial fullness, epigastric pain or epigastric burning in the absence of organic, systemic or metabolic disease that probably explains the symptoms. The prevalence of dyspepsia is slight, the studies carried out in different countries are between 11-29.2%. In the Community Unit of Intermediate Family Health Care Conchagua the number of the curative consultations seen from the period of January 1 to May 31, 2019, which were registered in the morbidity and mortality system of El Salvador 970 consultations, of which 8 were classified with the diagnosis of functional dyspepsia. From these consultations, the treatment offered by the doctor is subjectively as there is no clinical guide, so the general objective of the trial is to establish the diagnosis and management of dyspeptic syndrome in patients who consult in the Community Family Health Care Unit Conchagua Intermediate. Regarding the methodology used for the present study, it was convenient to use the document review technique, through search engines such as: Cochrane, academic Google, textbooks and later an analysis and interpretation of the information. The sources consulted establish that the diagnosis is made clinically based on the diagnostic criteria of Rome IV, office studies such as endoscopy and laboratory tests, including the *Helicobacter pylori* test. Treatment of dyspepsia based on scientific evidence can be pharmacological and non-pharmacological. Regarding the treatment of dyspeptic syndrome at the primary level of the Community Family Health Care Unit Conchagua is based solely on pharmacological measures, however, having nutritionist resources to provide non-pharmacological treatment, this is not used.

Keywords: dyspepsia, epigastric pain, El Salvador.

INTRODUCCIÓN

La dispepsia a grandes rasgos se define como un conjunto de molestias centradas a nivel superior del abdomen que constituye un motivo de consulta frecuente en atención primaria, si bien la dispepsia se cataloga dentro de un diagnóstico benigno, se trata de una afección persistente y recidivante que interfiere en las actividades cotidianas y en la calidad de vida de la población en general.

Es una patología con presentación ligeramente más frecuente en las mujeres que en hombres, y mayor en población fumadora, debido a que aún no existen estudios latinoamericanos es difícil determinar la prevalencia de dicha patología en un determinado grupo etario, mientras que la incidencia anual de la dispepsia se estima entre el 1 – 6 %. Según datos oficiales del sistema de salud de Morbi- mortalidad en línea (SIMMOW) de El Salvador del periodo de enero – mayo de 2019 se registró en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Conchagua 970 consultas curativas de las cuales 8 fueron diagnosticadas como dispepsia funcional, en ausencia de estudios de gabinete pertinentes; estableciendo un diagnóstico erróneo.

Por lo tanto, el presente ensayo tiene como propósito principal establecer ¿cuál es el manejo de síndrome dispéptico en los pacientes que consultan en Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Conchagua en el periodo de enero – mayo 2019? Por lo que se formuló establecer el diagnóstico y manejo de síndrome dispéptico.

Se detallan generalidades de síndrome dispéptico en ausencia de enfermedad orgánica, sistemática o metabólica, así como su epidemiología a nivel latinoamericano y propio del país, el criterio diagnóstico de dicha patología que se centran en los criterios diagnósticos de Roma IV que abarcan la sintomatología inicial del paciente. El desarrollo del presente ensayo permite realizar un contraste en base al tratamiento descrito en los estudios internacionales y el manejo a nivel primario en los pacientes que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Conchagua.

La importancia de conocer y comparar el manejo de síndrome dispéptico a nivel primario es con el fin de analizar, identificar y detectar los factores que puedan ayudar a generar un correcto y oportuno diagnóstico de la sintomatología inicial de dicha patología. El ensayo justifica que una adecuada identificación de los síntomas y tratamiento de estos por medidas farmacológicas y no farmacológicas genera un impacto en la calidad de vida del paciente debido a que se brinda un tratamiento oportuno, pese a la desventaja que no toda la población tiene al alcance una consulta con médico especialista y exámenes de gabinete específicos.

DESARROLLO

Antecedentes

Para poder hablar sobre la síndrome dispéptico, primero es necesario conocer su historia; síntomas gastrointestinales superiores se remontan a miles de años dichos «trastornos estomacales» se convirtieron en una obsesión de los países desarrollados en el siglo XVIII cuando se acuñó por primera vez el término dispepsia, una versión sistemática

informó que aproximadamente el 20% de la población tiene síntomas de dispepsia en todo el mundo, la dispepsia es más común en mujeres, fumadores y personas que toman medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (1).

Es decir que en la mayoría de pacientes las principales causas orgánicas son: úlcera gastroduodenal, enfermedad de reflujo gastroduodenal y cáncer gástrico. Más del 60% de los pacientes no tiene una explicación orgánica y son clasificados como dispepsia, debido a que la mayor parte de la prevalencia de las enfermedades orgánicas, se hace más difícil diferenciarlas de los síntomas causados por las comorbilidades o los efectos adversos de los tratamientos.

En la actualidad, los estudios más recientes que abarcan la población latinoamericana demuestran que no existe una asociación entre la prevalencia de la dispepsia y la edad, por lo cual no se encuentran datos delimitados para el estudio de una población en específico. Los estudios multicéntricos realizados en 1859 en adultos sanos de 21 a 65 años de varios países (Colombia, Costa Rica, Nicaragua, México, Honduras y Chile), la mayoría de origen hispano mestizo y solo en ciudad Obregón, en México, de predominio indígena, señala una prevalencia de dispepsia no investigada de 25, 1%.

Epidemiología

En cuanto a los síntomas dispépticos estos son frecuentes en la población general con cifras que oscilan entre 10% y 45%. La frecuencia de dispepsia es ligeramente mayor en las mujeres que en los hombres, la influencia de la edad varía según los estudios. Los resultados de los estudios de prevalencia son influidos enormemente por los criterios usados para definir la dispepsia, y varios estudios han incluido pacientes con síntomas típicos de Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico (a partir de ahora ERGE). Sin embargo, no se ha tenido en cuenta la presencia de síntomas similares a los dispépticos en muchos pacientes con ERGE. Una vez excluida la pirosis, la frecuencia de dispepsia no estudiada en la población general es del 5%-15%.

Al mismo tiempo los estudios de seguimiento a largo plazo han indicado una mejoría o resolución de los síntomas en más de la mitad de los pacientes. La incidencia anual de dispepsia se estima entre el 1%-6%. La calidad de vida se ve afectada significativamente por la dispepsia; sobre todo, la dispepsia funcional. Aunque la mayoría de los pacientes no acuden al médico, una proporción sustancial consultará en último momento, lo que causa costes sustanciales. Los factores que influyen en la búsqueda de atención médica son la gravedad de los síntomas, temor a una enfermedad grave subyacente, malestar psicológico y ausencia de apoyo psicosocial adecuado. (2)

Prevalencia

En relación con la prevalencia del síndrome dispeptico varía considerablemente entre los distintos grupos etarios y esta variabilidad puede estar relacionada con:

1. Una auténtica diferencia de esta patología.
2. Los criterios utilizados para su diagnóstico.
3. El grado de su meticulosidad para excluir las posibles causas orgánicas.

La prevalencia leve y aproximada en los estudios llevados a cabo en diferentes países se sitúa entre el 11%- 29.2%. Por otra parte, en Latinoamérica, hay pocos estudios epidemiológicos que estimen la prevalencia de esta entidad y la mayoría de estos estudios se han basados en los criterios de Roma II y las modificaciones de estos mismos. Se ha descrito una prevalencia del 48% entre sí, del 29.6% en Argentina; 14.6%, en Guatemala; 7%-8%, en México. (3)

En pocas palabras uno de los obstáculos más importantes para un diagnóstico adecuado y un tratamiento oportuno es la falta de educación de la población al no acudir al personal de salud y solventar sus problemas médicos, auto medicándose sin tener en cuenta los posibles efectos secundarios

o la sinergia que tengan con otros fármacos que utilice el paciente de uso cotidiano; la automedicación y la venta libre de los medicamentos siempre será el principal problema para que el paciente no acuda a una asistencia médica, la falta de diagnóstico adecuado de síndrome dispeptico conlleva no encontrar prevalencia tan alta en el país.

La población que más demanda asistencia médica es el paciente que ya ha sido diagnosticado, por lo tanto, este tipo de usuario normalmente es el que se ha sometido a un tipo de examen endoscópico para definir su origen y así poder brindarle un mejor tratamiento. En la población salvadoreña la atención en la mayoría de los casos se brinda a nivel primario y esto es por la falta de recursos humano a nivel de ministerio público, ya que no todos tienen la facilidad de optar por una consulta con especialista por diversas situaciones lo que limita a un más el estudio de la dispepsia.

En la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Conchagua el número de consultas curativas vista del periodo 1 de enero al 31 de mayo de 2019, se registraron en el sistema de morbilidad de El Salvador 970 consultas, de las cuales 8 consultas fueron clasificadas con el diagnóstico de dispepsia funcional, en ausencia de signos y síntomas de alarma que derivaran al paciente hacia el segundo nivel de atención para un adecuado estudio que estableciera un correcto diagnóstico y manejo.

Dispepsia

La dispepsia deriva de las palabras griegas *δυσ-* (dis-) y *πέψις-* (pepsis) que significan «digestión difícil». En la terminología médica actual, dispepsia hace referencia a un grupo heterogéneo de síntomas localizados en la parte superior del abdomen. La dispepsia suele definirse a grandes rasgos como dolor o molestias centradas en la parte superior del abdomen, pero puede incluir síntomas variados como: dolor epigástrico, plenitud postprandial, saciedad precoz, **anorexia**, eructos, náuseas y vómitos, distensión de la parte superior del abdomen, o incluso pirosis y regurgitación.

Dispepsia funcional

Por el contrario, la dispepsia funcional se define como presencia de saciedad precoz, plenitud postprandial, dolor epigástrico o ardor epigástrico en ausencia de enfermedad orgánica, sistémica o metabólica que probablemente explique los síntomas. (2)

Fisiopatología

Se han propuesto varios mecanismos fisiopatológicos subyacentes para explicar los síntomas dispepticos funcionales: retraso del vaciamiento gástrico, alteración de la acomodación del estómago a una comida, hipersensibilidad a la distensión gástrica, sensibilidad duodenal alterada a los lípidos o el ácido, motilidad intestinal anómala y disfunción del sistema nervioso central. La heterogeneidad de la dispepsia funcional parece confirmarse por la contribución de una o más de estas alteraciones en sub grupo de pacientes. (2)

Retraso del vaciamiento gástrico

Se debe considerar el diagnóstico de gastroparesia en aquellos pacientes que presenten síntomas característicos de dificultad del vaciamiento gástrico como son: náuseas (93%), epigastralgia (90%), vómitos (68%), sensación de saciedad precoz (86%), plenitud postprandial o de distensión abdominal e incluso la pérdida de peso y padecer alguna enfermedad susceptible de tener esta complicación. (4)

Las intensas contracciones peristálticas del antro gástrico provocan el vaciamiento del estómago. Al mismo tiempo, el píloro opone una resistencia variable al paso del quimo. Las contracciones peristálticas antrales intensas durante el vaciamiento gástrico y las contracciones rítmicas del estómago son casi siempre débiles y sirven sobre todo para mezclar los alimentos con las secreciones gástricas. Alrededor del 20% del tiempo de la permanencia de los alimentos en el estómago, las contracciones peristálticas antrales aumentan de intensidad, se inician en la parte media del estómago y se propagan hacia la porción caudal; estas contracciones

son potentes contracciones peristálticas anulares que vacían el estómago. A medida que el estómago se vacía estas contracciones se inician en porciones cada vez más altas del cuerpo del estómago y empujan los alimentos almacenados en este para que se sumen al quimo presente en el antro. (2)

Alteración de la acomodación del estómago a una comida

En relación con las funciones motoras del estómago proximal y distal son muy distintas. Mientras que el estómago distal regula el vaciamiento gástrico de los sólidos moliendo y tamizando el contenido hasta que las partículas son lo suficientemente pequeñas como para atravesar el píloro, el estómago proximal sirve principalmente de reservorio durante la ingestión de una comida y después de esta. La acomodación del estómago a una comida resulta de la relajación refleja del estómago proximal mediada por el nervio vago que de este modo permite al estómago acomodar grandes volúmenes sin un aumento de la presión intragástrica. (2)

Hipersensibilidad a la distensión gástrica

Es decir que la hipersensibilidad a la distensión del balón gástrico es muy específica para la dispepsia funcional. Los síntomas dispepticos, como dolor abdominal superior o malestar y náuseas, son igualmente frecuentes entre los pacientes con causas orgánicas de dispepsia y los pacientes con dispepsia funcional. Sin embargo, se ha demostrado que los umbrales de volumen para el dolor abdominal en respuesta a la distensión del globo en el estómago son más bajos en pacientes con dispepsia funcional que en aquellos con dispepsia orgánica. Por otra parte, no solo la hipersensibilidad a la distensión mecánica es lo que induce los síntomas dispepticos; el aumento de la quimo sensibilidad de la mucosa intestinal también puede jugar un papel. (5)

Sensibilidad duodenal alterada a los lípidos o el ácido

Cabe mencionar que, en personas sanas y pacientes con dispepsia funcional, la perfusión de nutrientes grasos en el duodeno (no así la de glucosa) aumenta la percepción de distensión gástrica a través de un mecanismo que requiere la digestión de lípidos y la liberación consiguiente de colecistocinina. La perfusión de ácido clorhídrico en el duodeno induce náuseas en pacientes con dispepsia funcional, no en personas sanas, lo que apunta a una hipersensibilidad duodenal al ácido. (2)

Motilidad intestinal anómala

Puesto que las anomalías motoras gastrointestinales como el retraso en el vaciado, distribución inicial deficiente de una comida en el estómago, adaptaciones deficientes a la comida, hipomotilidad antral, disritmias gástricas y motilidad duodenal yeyunal alterada se han identificado en subgrupo de paciente con dispepsia funcional. La aparición de síntomas dispépticos después de la digestión de los alimentos sugiere una alteración de la motilidad gástrica postprandial.

El mecanismo subyacente para la función motora gástrica alterada es incierto. Los estudios sugieren una función simpática o para simpática gastrointestinal anormal en un pequeño número de pacientes. (6)

Disfunción del sistema nervioso central

Por lo que se refiere a las anomalías sensoriales pueden ser responsables de algunas de las paradojas aparentes identificadas en los estudios de motilidad gastrointestinal. Por ejemplo, la interacción íntima de la función sensitiva y motora en el tracto gastrointestinal superior puede explicar porque la motilidad alterada es tan frecuente en la dispepsia funcional, pero en sí misma no explica completamente la aparición de los síntomas. En gran parte, se desconoce si la percepción anormalmente aumentada de los estímulos viscerales se debe a

una disfunción de los mecanoreceptores o alteraciones en la transmisión y el procesamiento de la información sensorial en los centros vertebrales o cerebrales.

Sin embargo, el aumento de las aéreas de dolor referido viscerosomático en pacientes con dispepsia funcional indica que la hipersensibilidad de las neuronas del asta dorsal o el procesamiento supraespinal alterado de la función aferente visceral puede desempeñar un papel en el proceso (6)

Hay que hacer notar que la dispepsia se ha dividido en ulcerosa y no-ulcerosa, dependiendo de su etiología. Por el contrario, esta clasificación no parece ser muy adecuada ya que la enfermedad ulcerosa es solo una de las posibles causas orgánicas que pueden producir síntomas dispépticos, es más apropiado clasificar la dispepsia en orgánica y no orgánica o funcional. En este punto es fundamental incluir otra categoría de dispepsia: la dispepsia no investigada. Así y para aclarar las cosas, las dispepsias pueden dividirse en tres tipos:

1. Aquellas con una causa orgánica o metabólica identificada en las que si la enfermedad mejora o se eliminan los síntomas dispépticos también mejoran o desaparecen. Entre ellas están la enfermedad ulcero péptica, el cáncer gástrico, las enfermedades biliopancreáticas y las relacionadas con fármacos.
2. Aquellas en las que no existe una explicación identificable de los síntomas. Esta es la llamada dispepsia funcional, aunque también ha recibido otros nombres como dispepsia no orgánica, dispepsia idiopática o dispepsia esencial.
3. Aquellas en las que no se han realizados estudios, básicamente una endoscopia digestiva alta, para poder establecer fehacientemente si existe o no causa orgánica de la dispepsia. Esta categoría no es infrecuente ya que en muchos pacientes no será absolutamente necesario realizar exploraciones complementarias si no

cumplen criterios de edad ni existen signos y síntomas de alarma. Ya que las características de los síntomas no son suficientemente específicas para diferenciar la dispepsia orgánica de la funcional es preferible etiquetarla como lo que es: dispepsia no investigada. (7)

Detallar los criterios diagnósticos síndrome dispeptico

A continuación, se detallan los criterios diagnósticos de Roma IV que son uno o más de los siguientes:

1. a) Plenitud postprandial molesta
- b) Saciedad temprana molesta
- c) Dolor epigástrico molesto
- d) Ardor epigástrico molesto
2. No hay evidencia de enfermedad estructural (habitualmente se realiza una endoscopia oral) que podrá explicar los síntomas. Dichos criterios deben cumplirse durante los últimos 3 meses, y los síntomas deben haber comenzado al menos 6 meses antes del diagnóstico.(8)

Así pues, no necesariamente todos los pacientes entran dentro de estos apartados por lo cual existen otros parámetros en donde se incluyen sintomatología y antecedentes para poder abarcar a aquellos pacientes a los cuales no se les puede incluir dentro de los criterios diagnósticos de roma IV. Para establecer el diagnóstico funcional se debe cumplir lo siguiente.

Pruebas diagnósticas

1. La endoscopia es el procedimiento de elección para el estudio de la dispepsia y enfermedades asociadas, se deberá realizar en pacientes con dispepsia que tienen cualquier signo y síntoma de alarma.

2. En la primera consulta de los pacientes con dispepsia se debe solicitar biometría hemática completa, velocidad de sedimentación globular, para evaluar la presencia de anemia (signo de alarma) y otras patologías asociadas de ser normales no es necesario volver a solicitarlos.
3. Otros estudios como pruebas de función hepática, radiografías simples o serie esófago gastroduodenal no son útiles para el diagnóstico de dispepsia funcional.
4. Prueba de aliento es la prueba de elección para la detección y para comprobar la erradicación de *H. pylori* en los pacientes con dispepsia.

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. (9)

Enunciar los manejos de síndrome dispeptico, farmacológico y alternativo

Por lo que se refiere al desconocimiento de la etiología y de la fisiopatología hace que el tratamiento médico de esta enfermedad se sustente en bases poco solidas; en general, es poco efectivo. Una de las características más destacables de la dispepsia es su elevada respuesta al placebo, en ocasiones superior al 50% lo que hace imprescindible la inclusión de un grupo control en los ensayos clínicos (10) El manejo de la dispepsia no solo depende del tratamiento de los síntomas sugestivos del paciente sino también aquellos factores que no son percibidos por él, la mayoría de estos pacientes generan una respuesta elevada al placebo por la confianza que genera el recibir un tratamiento y no por el tratamiento en sí.

Tratamiento farmacológico

Hay que hacer notar que el tratamiento farmacológico se sustenta en tres pilares importantes en el que cada uno cumple con funciones específicas determinadas para la sintomatología del paciente y en el caso de algunos que a pesar de tener bases sólidas sobre el mecanismo de acción del fármaco a ejercer sobre el organismo humano no representan ninguna mejoría dentro de su sintomatología.

1. Procinéticos: Actúan favoreciendo el vaciado gástrico y la motilidad intestinal, por lo que se recomiendan esencialmente en los casos con distrés postprandial. No se puede precisar si los procinéticos reducen los síntomas dispepticos, en comparación con ningún tratamiento procinético. Tampoco se puede precisar si los procinéticos fueron los más eficaces para reducir los síntomas dispepticos, con mejoría de las puntuaciones de los síntomas después del tratamiento o de la diferencia de medidas de la puntuación de los síntomas. No hay seguridad sobre si el tratamiento procinético puede mejorar la calidad de vida. No se puede asegurar que los procinéticos (excepto la cisaprida) difieren de ningún procinético como causantes de síntomas desagradables. Los síntomas desagradables más frecuentes de los procinéticos fueron: diarrea, malestar abdominal y náuseas. (11)

2. Inhibidores de la bomba de protones: Los Inhibidores de bomba de protones a partir de ahora IBP son más efectivos que placebo y es probable que sean ligeramente más efectivos que los Antagonista de receptores de histamina 2 a partir de ahora ARH2 y los proquinéticos para el tratamiento de la dispepsia funcional. Los IBP a dosis baja y los IBP a dosis estándar fueron igualmente efectivos para el alivio de la indigestión, por lo que se combinaron los resultados de las dos dosis de IBP.

Los IBP fueron más efectivos que placebo; el 30% del grupo de IBP no informó síntomas o informó síntomas mínimos en comparación con el 25% del grupo placebo. Es probable que los IBP fueran ligeramente más efectivos que los ARH2; sin embargo, los dos estudios incluidos en el análisis fueron muy diferentes, lo que puede haber influido en los resultados. Los IBP fueron ligeramente más efectivos que los proquinéticos. No hubo diferencias en el número de efectos secundarios informados cuando se compararon los IBP, los ARH2 y los proquinéticos.(12) Muchos pacientes al ser tratado con IBP refieren una mejoría significativa del alivio de los síntomas generalmente estos pacientes son aquellos que han cumplido las indicaciones médicas, este medicamento tiene una alta demanda por parte de pacientes que han sido tratados previamente o que un familiar cercano lo ha recomendado esto podría generar a la vez un efecto placebo positivo en los pacientes, en ocasiones esto genera mayor demanda de este tipo de medicamentos.

3. Antagonistas de los receptores de histamina (anti-H2).Diversos estudios han evaluado la eficacia de los anti-H2 para el tratamiento de la dispepsia funcional. los estudios disponibles difieren en cuanto al fármaco evaluado, la dosis, los criterios de inclusión, el tiempo de seguimiento y las variables de resultado. las diferentes revisiones sistemáticas (234, 237,238) muestran que los fármacos anti-H2 son superiores al placebo en la mejoría de los síntomas de la dispepsia funcional. Una revisión sistemática Cochrane 237 (12 eca; 2.183 pacientes) muestra que los anti-H2 comparados con el placebo reducen la sintomatología de forma significativa (rr= 0,77; ic 95%: 0,65-0,92).(13)

Tratamiento no farmacológico

Por lo que se refiere al tratamiento no farmacológico comenzaremos mencionando que los reme-

dios naturales para tratar la dispepsia funcional no poseen un estudio que los respalde. En conjunto existe un alto porcentaje de paciente que refieren mejoría de los síntomas con el uso de remedios naturales vale la pena decir que la mayoría de estos pacientes tiene tendencia a la automedicación debido a la situación socioeconómica y sociocultural en la cual se desarrollan por ende recurren a medidas naturales que se encuentran a su alcance monetario, dentro de las cuales mencionamos.

No todos los pacientes con dispepsia funcional precisan una intervención terapéutica tras el diagnóstico. En ocasiones, con una cuidadosa explicación del significado de los síntomas, de la naturaleza benigna de la enfermedad y un mensaje tranquilizador para el paciente acerca de su buen pronóstico vital inducen una mejoría o incluso la remisión de los síntomas dispépticos.

Acupuntura: un nuevo meta análisis publicado por el Departamento de Gastroenterología del Hospital Universitario de Nanjing (China) en el que se realizaron estudios clínicos (en inglés y chino) donde intervinieron 3,097 pacientes.⁽¹⁴⁾ Los resultados sugieren que la acupuntura es eficaz para aliviar los síntomas de la dispepsia funcional y mejorar la calidad de vida de estos pacientes, sin efectos adversos relevantes. **Terapéutica:** en la población genera una mayor aceptación por tratarse de métodos no invasivos, pero el costo del tratamiento y seguimiento genera mayor peso en la balanza, además se trata de un recurso limitado casi nulo en la realidad del ministerio de salud.

Hábitos de vida saludables: realizar ejercicio físico de forma regular pero evitarlo después de comer, mantener unos buenos hábitos de sueño, no acostarse inmediatamente después de comer o cenar, elevar la cabeza de la cama unos 15-20 cm, evitar el sobrepeso, evitar comida copiosas, ingerir los alimentos de forma relajada, evitando el estrés y las discusiones durante las comidas, comer lentamente, cuidando la masticación de cada bocado, evitar o reducir la ingesta de aquellos alimentos que empeoren los síntomas.⁽¹⁵⁾

Terapias psicológicas: la dispepsia funcional de causa no orgánica podría ser tratada a través de la terapia cognitivo-conductual genera una reducción del estrés sobre los síntomas y quejas del paciente, mientras la terapia hipnótica genera las mismas ventajas incluida la calidad de vida del paciente el cual es el factor principal al recurrir a medidas alternativas, debido a las dificultades sociales, emocionales y laborales que el paciente presenta en su diario vivir; así que todas las terapias psicológicas generan efectos significativos en la reducción de los síntomas dispépticos.

CONCLUSIONES

A nivel de atención primaria en salud en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Conchagua el diagnóstico de síndrome dispéptico se realiza por clínica a través de los criterios de Roma IV, ya que no se pose con los recursos necesarios para un estudio detallado de la patología en primer nivel de salud, esto se evidencia en los pocos casos registrados y erróneamente diagnosticados en el sistema de información de salud Morbimortalidad, a la vez cabe destacar que con base en el contexto sociocultural de la población del municipio de Conchagua no todos los pacientes acuden a consultar por sintomatología relacionada a la dispepsia, muchos pacientes prefieren la automedicación basada en prácticas farmacológicas que ha recibido un familiar, amigo o vecino influyendo este comportamiento en un bajo número de consultas registradas con el diagnóstico de dispepsia.

En relación al tratamiento del síndrome dispéptico a nivel de Unidad Comunitaria de Salud Familiar Conchagua se basa únicamente en medidas farmacológicas dando alivio a la sintomatología inicial, a nivel primario de salud solo se cuenta con antagonistas de los receptores de histamina (anti H₂), los cuales fueron el único tratamiento farmacológico brindado por el médico a la población de los 8 pacientes registrados bajo el diagnóstico de dispepsia funcional, la recurrencia o no alivio de los síntomas son signos de alarma que conllevan a derivar al paciente al segundo nivel de atención, impor-

tante mencionar que la presencia de los signos de alarma será evidente y documentada siempre y cuando el paciente acuda nuevamente a consultar en el mismo centro de atención médica; además de brindar la consejería sobre las medidas higiénico dietéticas conservadoras para dicha patología, en los estudios de investigación que fueron consultados se encontró que la dispepsia tiene un respuesta muy amplia al placebo y que si bien el tratamiento inicial se realiza a través de fármacos podría con-

cluirse que se obtienen resultados positivos ante esta farmacología.

Cabe destacar que el síndrome dispéptico puede ser tratado además con medidas no farmacológicas como; acupuntura, terapia psicológica, estilo de vida saludable que son estrategias con las cuales no cuenta la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Conchagua.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moayyedi P, Lacy BE, and Andrews CN. ACG and CAG Clinical Guideline: Management of Dyspepsia, [online] [Accessed 23 April. 2019]. 112(7),988-1013. Available at: https://journals.lww.com/ajg/Fulltext/2017/07000/ACG_and_CAG_Clinical_Guideline__Management_of.10.aspx
2. Feldman M, Friedman L, Brandt L. Sleisenger y Fordtran. Enfermedades digestivas y hepáticas: fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. 10th ed. Barcelona, España: Elsevier Health Sciences; 2017. 194-204
3. Aguilar PL, Barreda F, Burgos H, Bustos FL, Defilipi C, Gonzales J et al. Guía Latinoamericana de dispepsia funcional AGL [Internet]. 2014 [cited 23 April 2019]; 44(3):12-15. Available from: <http://actagastro.org/indice-vol-44-sup-2-de-2014/>
4. Montoro M, García Pagan J. Gastroenterología [online] Madrid, España: Jarpoy Editores, S. A; 2012. (citado 23 abril 2019) 1-24 (3) https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/00_portada_prologo_indice.pdf
5. Hall J. Guyton y Hall. Tratado de fisiología médica. 12th ed. Barcelona, España: Elsevier; 2011 784-786.
6. Thumshirn M. Pathophysiology of functional dyspepsia (51) 2002 [cited 23 April 2019] 63-66 Available from: https://gut.bmj.com/content/gutjnl/51/suppl_1/i63.full.pdf
7. Fermín M, José Luis C. Definiendo la dispepsia funcional. Revista española de enfermedades digestivas [internet] (103) 2011 [cited 23 April 2019] 640-647. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113001082011001200006&script=sci_arttext&tlng=es
8. Domínguez S. Opciones Terapéuticas de dispepsia funcional. Medicina de familia SEMERGEN [internet] 2018 [cited 23 April 2019]: 1-3. Available from: https://www.researchgate.net/publication/328803748_Treatment_options_for_functional_dyspepsia_in_2
9. Consejo de Salubridad General. Diagnóstico y tratamiento de la dispepsia funcional. Guía práctica clínica. [Internet] México (citado mayo 2019) P9. Disponible: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/071_GPC_Dispepsiafuncional/FormatoRapidaSectorialDispepsia.pdf
10. Rozman Borntnar C, Cardellach F. Farreras Rozman. Medicina Interna. 18 th ed. España: Elsevier España , 2016, 4-12
11. Pittayanon R, Yuan Y, Bollegala N, Khanna R, Leontiadis G, Moayyedi P. Procinéticos para la dispepsia funcional. Cochrane Database of Systematic Reviews, internet, 18 oct 2018, citado 15 May 2019. Vol 10, disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009431.pub3/information/es>
12. Sánchez MI P, Y Y, P B, P M. Inhibidores de la bomba de protones para la dispepsia funcional, Cochrane Database of Systematic Reviews, internet, 8 mar 2017, citado 15 May 2019, vol. 3, disponible en: <https://www.cochrane.org/es/CD011194/inhibidores-de-la-bomba-de-protones-para-la-dispepsia-funcional>
13. Zhou W, Su J, Zhang H. Efficacy and Safety of Acupuncture for the Treatment of Functional Dyspepsia: Meta-Analysis. J Altern Complement Med. Internet. 22 may 2016, citado 15 May 2019, disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27028618>
14. Villaplana M. Alimentación del paciente dispeptico. Consejo nutricional. Ámbito Farmacéutico Nutrición, Internet, 2009, citado 8 May 2019, (6):100-106. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-pdf-13141336>
15. Tobon S, Sandin B y Vinaccia E. Tratamiento psicológico de la dispepsia funcional: un análisis crítico, internet, 29 may 2003, citado 2019 Mayo, Vol. 22, 173-182. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Sergio_Tobon4/publication/288952465_Tratamiento_psicologico_de_la_dispepsia_funcional_un_analisis_critico/links/56891b4b08ae1975839a7804.pdf
16. Alcedo J, Guevara T, and Mearin F. El enfermo con dispepsia, en Montoro MA, García JC, internet, Madrid, [editor desconocido], 2012, citado 18 agosto 2019, 3, disponible en: https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/03_El_enfermo_con_dispepsia.pdf