

Recomendaciones para el tratamiento eficaz de la dispepsia

GUÍAS de tratamiento



Sociedad Iberoamericana
de Información Científica



Recomendaciones para el tratamiento eficaz de la dispepsia

Resumen objetivo elaborado sobre la base de: *ACG and CAG Clinical Guideline: Management of Dyspepsia*

De Moayyedi P, Lacy B, Vakil N y colaboradores; integrantes de McMaster University, Hamilton, Canadá; Dartmouth-Hitchcock Medical Center, Lebanon; University of Wisconsin School of Medicine and Public Health, Madison, EE.UU. El artículo original fue publicado en *American Journal of Gastroenterology* 112(7):988-1013, Jul 2017

Introducción

Cerca del 20% de la población mundial presenta dispepsia, una enfermedad más frecuente en personas fumadoras, mujeres y pacientes en tratamiento con antiinflamatorios no esteroides. Si bien la dispepsia no afecta la expectativa de vida, sus síntomas impactan en la calidad, con un gasto económico significativo asociado. El tratamiento rentable de la dispepsia puede reducir la carga para el sistema de salud; no obstante, hace más de una década que el *American College of Gastroenterology* (ACG) y la *Canadian Association of Gastroenterology* (CAG) no emiten normas al respecto. En esta revisión se pretendió proveer datos sistemáticos actualizados para la presentación de una guía clínica conjunta por parte de estas dos asociaciones.

Objetivos de la guía

En la actualidad, la definición clínicamente relevante de dispepsia incluye dolor epigástrico de al menos un mes de duración, que puede estar asociado con otros síntomas, como náuseas, hinchazón epigástrica, vómitos o acidez, siempre que la molestia principal sea el dolor epigástrico. Además, la dispepsia funcional (DF) se establece en pacientes dispépticos en los que, previa evaluación endoscópica, se descarte la existencia de una enfermedad orgánica.

Esta guía cubre las investigaciones iniciales para las causas de dispepsia, como la prueba de *Helicobacter pylori* y su tratamiento farmacológico, y la terapia con inhibidores de la bomba de protones (IBP) y procinéticos. Las recomendaciones están basadas en los datos disponibles para los pacientes que no responden a la terapia estándar inicial para la erradicación de *H. pylori*, el tratamiento con IBP y el empleo de antidepresivos tricíclicos (ATC) o procinéticos.

Metodología

Los autores fueron seleccionados para representar la perspectiva norteamericana y canadiense del tratamiento de la dispepsia. Se realizaron búsquedas sistemáticas de artículos sobre el tratamiento de esta enfermedad en las bases clínicas más reconocidas y se realizaron análisis de la calidad con base en el enfoque GRADE.

La fuerza de las recomendaciones realizadas se basó en la calidad de la evidencia, el análisis de riesgo y beneficio, las preferencias de los pacientes y los costos. La evidencia fue fuerte si la mayoría de los pacientes debería seguir este curso de acción y condicional si la mayoría de los pacientes debería seguirlo.

Recomendaciones

Recomendación 1

En los pacientes mayores de 60 años con dispepsia se deben excluir las neoplasias gastrointestinales mediante endoscopia. Esta recomendación es condicional y su evidencia es de muy baja calidad. Dado que el cáncer de estómago es la tercera causa de muerte por cáncer y puede detectarse con endoscopia, es recomendable en pacientes en riesgo. La edad es un componente importante de riesgo. Sin embargo, es un método caro y con riesgo bajo de morbilidad y mortalidad.

Recomendación 2

Los pacientes menores de 60 años con síntomas característicos de alarma para el diagnóstico de dispepsia no deben ser evaluados con endoscopia para excluir neoplasias en el tracto gastrointestinal. Esta recomendación es condicional y su evidencia es de calidad moderada. Los síntomas característicos de alarma son la pérdida de peso, la anemia, la disfagia y los vómitos persistentes. La información clínica ha demostrado que estas características tienen valor limitado para detectar enfermedades orgánicas, especialmente en pacientes menores de 60 años con dispepsia.

Los autores aclararon que esta guía no incluye a los pacientes sin dispepsia que tengan síntomas característicos, como disfagia y pérdida de peso o alarmas de origen pancreático o biliar.

Recomendación 3

Los pacientes con dispepsia menores de 60 años deben ser evaluados de forma no invasiva por *H. pylori* y ser tratados si el resultado es positivo. Seis ensayos clínicos compararon, en casi 2400 pacientes, el análisis y el tratamiento contra *H. pylori* con endoscopia inmediata del tracto digestivo superior. Después de un año de seguimiento no se encontraron diferencias en los síntomas de dispepsia entre ambos grupos. Los autores sugieren que los médicos permitan un período de al menos un mes antes de volver a evaluar la respuesta sintomática a la terapia de erradicación de esta bacteria. Tampoco se observaron diferencias significativas para el análisis y el tratamiento de *H. pylori* con IBP, aunque sí hubo una reducción en los costos para el análisis y el tratamiento por encima de los IBP.

Recomendación 4

Los pacientes menores de 60 años con dispepsia deben recibir IBP si la prueba para *H. pylori* fue negativa o continúan teniendo síntomas después del tratamiento de erradicación. Una revisión de 6 ensayos clínicos en aproximadamente 2700 pacientes tratados con placebo o IBP halló que los síntomas permanecieron en el 50% de los pacientes tratados frente al 73% de los sujetos del grupo placebo. La alternativa a los IBP es el tratamiento con antagonistas del receptor H2. Se realizaron 7 ensayos que incluyeron cerca de 2500 pacientes y que compararon los receptores H2 con los IBP; no se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos en el alivio de los síntomas. La evidencia es alta, dado que no hubo inconvenientes de sesgos ni de heterogeneidad.

Recomendación 5

Los pacientes menores de 60 años con dispepsia que no responden al tratamiento con IBP o a la terapia de erradicación de *H. pylori* deben recibir terapia procinética. Esta recomendación es condicional, con evidencia de muy baja calidad, dado que no se realizaron estudios aleatorizados para comparar esta terapia con placebo en pacientes dispépticos. Al comparar procinéticos con IBP no se hallaron diferencias significativas. Los autores consideran que, al fracasar otras alternativas, los procinéticos pueden emplearse en el tratamiento de la DF.

Recomendación 6

Los pacientes menores de 60 años con dispepsia que no respondan al tratamiento con IBP o a la terapia de erradicación de *H. pylori* deben recibir ATC. Esta recomendación es condicional con evidencia de baja calidad. En ensayos clínicos se demostró que los ATC fueron eficaces en la reducción de los síntomas de la dispepsia, no así los inhibidores de la recaptación de serotonina. Los efectos adversos de estos fármacos y pertenecer a la familia de antidepresivos no alientan su uso por parte de los pacientes potenciales.

Recomendación 7

Los pacientes con DF y resultado positivo en la prueba de *H. pylori* deben recibir terapia de erradicación. Esta recomendación es fuerte, con evidencia de alta calidad. La presencia de dolor epigástrico y hallazgos normales en la endoscopia confirma el diagnóstico de DF. En ensayos clínicos que abarcaron aproximadamente 5000 pacientes se demostró que la terapia de erradicación mejoró de forma significativa los síntomas de DF (el 67.9% del grupo tratado presentó síntomas después de la terapia de erradicación frente a 76.4% en el grupo placebo). El riesgo de sesgo y la heterogeneidad de los estudios evaluados fue bajo. Además, la terapia de erradicación puede disminuir el riesgo futuro de úlceras y cáncer gástrico.

Recomendación 8

Los pacientes con DF y resultado negativo en la prueba de *H. pylori* o que continúan presentando síntomas después de la erradicación de la infección

deben recibir tratamiento con IBP. Esta recomendación es fuerte y la calidad de su evidencia es moderada. En ensayos clínicos que evaluaron a más de 5800 pacientes y compararon el tratamiento de la DF con IBP frente a placebo se informaron mejoras en los síntomas de la dispepsia, que resultaron ser estadísticamente significativas. Además, se evaluaron las alternativas a los IBP; específicamente, los antagonistas de H2 y los procinéticos, que no fueron superiores a los primeros. Asimismo, la evidencia disponible sugiere no aumentar la dosis de IBP si el paciente no responde a los 2 meses de comenzado el tratamiento.

Recomendación 9

Los pacientes con DF que no respondan al tratamiento con IBP o a la terapia de erradicación de *H. pylori* deben recibir ATC. Esta recomendación es condicional y la calidad de su evidencia es moderada. En ensayos clínicos aleatorizados y controlados con placebo se ha demostrado que los ATC reducen los síntomas del síndrome de colon irritable y DF. Al comparar los inhibidores de la recaptación de serotonina y el placebo para el alivio de los síntomas de la DF no se hallaron diferencias significativas.

Recomendación 10

Los pacientes con DF que no responden al tratamiento con IBP, a la terapia de erradicación de *H. pylori* o a los ADT deben recibir terapia procinética. Esta recomendación es condicional y su evidencia es de muy baja calidad. Los pacientes con DF suelen tener trastornos de motilidad gástrica. En 26 ensayos aleatorizados se investigó la eficacia de los procinéticos en pacientes con esta enfermedad. Su eficacia fue estadísticamente significativa, aunque los riesgos de sesgo y la heterogeneidad estadística fueron altos. Además, esta familia de fármacos suele causar efectos adversos graves.

Recomendación 11

Los pacientes con DF que no respondan al tratamiento farmacológico deben recibir terapia psicológica. Esta recomendación es condicional y la evidencia es de muy baja calidad. Se han realizado ensayos clínicos que evaluaron la eficacia de la terapia psicológica en el síndrome de intestino irritable y la DF. Si bien se verificaron beneficios significativos, no todos los ensayos emplearon el mismo enfoque y los profesionales que aplican esta terapia no la realizaron a ciego.

Recomendación 12

No se sugiere el empleo de rutina de medicina alternativa y complementaria para el tratamiento de la DF. Esta recomendación es condicional y la evidencia es de muy baja calidad. Si bien este tipo de medicina suele emplearse para el tratamiento de los síntomas gastrointestinales, en general los beneficios fueron marginales y la calidad metodológica de los ensayos fue muy baja. Algunos pacientes podrían obtener beneficios del empleo de la medicina alternativa, aunque deben ser aconsejados respecto de los riesgos y los beneficios.

Recomendación 13

Los pacientes con DF no deben ser evaluados de rutina con estudios de motilidad. Esta recomendación es condicional y la calidad de su evidencia es muy baja. En el 40% de los pacientes con DF se detecta una alteración en el vaciamiento gástrico, aunque esto suele identificarse mediante el empleo de estudios caros, invasivos y que producen un grado considerable de incomodidad.

Recomendación 14

Los pacientes con DF en los que se sospecha gastroparesia deben realizarse estudios de motilidad. Esta recomendación es condicional y la evidencia es de muy baja calidad. Los pacientes con DF y gastroparesia tienen síntomas en común, por lo que el diagnóstico de estas enfermedades es necesario para indicar un tratamiento adecuado. No existen datos firmes de ensayos clínicos, pero el paciente con vómitos y diarrea debe ser evaluado por gastroparesia con una monitorización de vaciado gástrico de al menos 4 horas.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica, 2021