

Abordaje de la dispepsia

ESTRATEGIAS DE ABORDAJE

DEFINICIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA *pág. 149*FISIOPATOLOGÍA *pág. 162*TRATAMIENTO *pág. 166*

XAVIER CALVET

Médico Adjunto. Unitat de Malalties Digestives. Hospital de Sabadell. Institut Universitari Parc Taulí. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona, España.

Estrategias de abordaje diagnóstico y terapéutico de la dispepsia no investigada

Puntos clave

Las 3 aproximaciones más eficaces ante un paciente con dispepsia no investigada son: a) la endoscopia inmediata; b) el tratamiento antisecretor empírico, y c) realizar una prueba no invasiva para *Helicobacter pylori* y tratar la infección si ésta es positiva, la estrategia denominada *test and treat*.

La revisión sistemática de la literatura médica muestra que *test and treat* es tan efectiva como la endoscopia inicial en el manejo de la dispepsia no investigada y reduce las necesidades de endoscopia.

Test and treat es superior a la endoscopia inicial en los estudios de coste-efectividad.

Comparada con el tratamiento empírico antisecretor, *test and treat* resulta más eficaz y más coste-efectiva, siempre que la prevalencia de la infección por *H. pylori* en pacientes dispépsicos sea superior al 15-20%.

Parece prudente no aplicar *test and treat* y realizar sistemáticamente endoscopia inicial a todos los pacientes con algún síntoma de alarma y a aquéllos con más de 55 años con dispepsia de nueva aparición.

Aunque la dispepsia tiene un buen pronóstico, afecta notablemente a la calidad de vida de los pacientes. Dada su elevada prevalencia, tiene, además, un impacto social y económico considerable. Las estrategias diagnóstico-terapéuticas más aceptadas para la dispepsia no investigada son la endoscopia inmediata, el tratamiento antisecretor empírico o la realización de una prueba no invasiva para *Helicobacter pylori* y tratar la infección si ésta es positiva¹⁻⁸. A continuación, se compara la eficacia de dichas alternativas mediante una revisión sistemática de la literatura médica.

búsqueda: [*test and treat* AND dispepsia]. Se procedió también a una búsqueda manual en los resúmenes de la Digestive Disease Week desde 2000 a 2005. Como búsquedas adicionales se analizaron las referencias de las revisiones y artículos publicados recientemente sobre el tema. Los resultados se presentan mostrando su grado de evidencia científica de acuerdo con la clasificación utilizada en las guías de práctica clínica editadas conjuntamente por la Asociación Española de Gastroenterología, la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y la Colaboración Cochrane (tabla 1)¹.

Métodos

Se realizó una revisión sistemática hasta agosto de 2005, incluyendo búsquedas en MEDLINE y en la ISI Web of Science con la estrategia de

Resultados

¿Qué es la dispepsia?

No hay una definición totalmente aceptada para el término *dispepsia*. Hay, por ejemplo,

Tabla 1. Niveles de evidencia científica

Grado de evidencia	
1a	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados o múltiples ensayos clínicos con resultados homogéneos
1b	Ensayo clínico aleatorizado individual
1c	Eficacia demostrada por la práctica clínica
2a	Revisión sistemática de estudios de cohortes que presenten homogeneidad
2b	Estudios de cohortes individuales y ensayos clínicos de baja calidad
2c	Investigación de resultados en salud, estudios ecológicos
3a	Revisión sistemática de estudios de casos y controles con homogeneidad
3b	Estudios de casos y controles individuales
4	Serie de casos y estudios de cohortes o de casos y controles de baja calidad
5	Opinión de expertos

Lectura rápida



La presencia de síntomas dispépsicos que no han sido previamente estudiados mediante ningún test diagnóstico se denomina dispepsia no investigada.

Dada su elevada prevalencia, la dispepsia es un motivo de consulta frecuente tanto en atención primaria como en atención especializada.

Las estrategias diagnóstico-terapéuticas más aceptadas para la dispepsia no investigada son la endoscopia inmediata, el tratamiento antisecretores empírico o la realización de una prueba no invasiva para *Helicobacter pylori* y tratar la infección si ésta es positiva (*test and treat*).



controversia sobre si la pirosis o la regurgitación deben considerarse síntomas dispépsicos⁹. En general, se consideran síntomas dispépsicos todo dolor o molestia percibidos en el hemiabdomen superior. Los síntomas más frecuentes son dolor epigástrico, pirosis, regurgitación, eructos, distensión abdominal, saciedad precoz o plenitud posprandial (tabla 2). De acuerdo con estudios recientes^{10,11}, en esta revisión se consideran la pirosis y la regurgitación como síntomas dispépsicos y se utiliza una definición próxima a la del grupo de trabajo de 1988¹² en lugar de los criterios de Roma II¹³.

¿Cuáles son la prevalencia y el coste de la dispepsia no investigada?

La prevalencia de la dispepsia en la población general varía entre el 8 y el 54%, dependiendo de la definición que se utilice¹⁴. En Espa-

ña se estima que el 39% de la población ha presentado síntomas de dispepsia alguna vez en su vida y el 24%, en los últimos 6 meses¹⁵. Aproximadamente, la mitad de los pacientes no consulta a su médico y muchos optan por la automedicación¹⁶. Aún así, la dispepsia es un motivo de consulta frecuente tanto en atención primaria como en atención especializada. Por ejemplo, en el Reino Unido se calcula que en 1995 se realizaron 280.000 endoscopias y que el coste de la medicación antisecretora prescrita fue de 450 millones de libras esterlinas¹¹. A estos valores deben añadirse los costes indirectos como, por ejemplo, la disminución de la productividad o la pérdida de horas de trabajo por absentismo laboral. Así, los síntomas interfieren notablemente con sus actividades diarias en un 7,5% de pacientes dispépsicos y, de forma ocasional, en un 5% adicional¹⁷.

Tabla 2. Definiciones

Dispepsia no investigada

1. Síntomas de duración significativa, que requieran estudio o tratamiento
2. Dolor o molestias abdominales localizados en el hemiabdomen superior
3. Los síntomas pueden ser dolor epigástrico, pirosis, regurgitación, eructos, distensión abdominal, saciedad precoz o plenitud posprandial
4. Los síntomas no mejoran con la defecación ni se asocian a cambios de la frecuencia y/o consistencia de las deposiciones (lo que la diferencia del síndrome del intestino irritable)

Dispepsia funcional

1. Dispepsia en la que se ha descartado una causa orgánica de los síntomas mediante un estudio adecuado.
2. Se requiere una endoscopia normal, realizada cuando el paciente se encuentra sintomático
3. Pueden ser necesarios otros estudios para descartar otros diagnósticos específicos (marcadores de celiaquía, acidimetría de 24 h en caso de sospecha de enfermedad por reflujo no erosiva, etc.)

Dispepsia orgánica

1. Aquélla en la que las exploraciones realizadas detectan una enfermedad que explica los síntomas del paciente

Estrategia *test and treat*

Estrategia diagnóstico-terapéutica que consiste en realizar, como aproximación inicial al paciente con dispepsia no investigada, una prueba no invasiva de detección de *Helicobacter pylori* (idealmente un test del aliento con urea marcada) y tratamiento de erradicación en el caso de que este test sea positivo

Síntomas de alarma

Síntomas que indican la necesidad de una endoscopia inmediata. Son anemia o sangrado crónico, pérdida de peso, disfagia, vómitos persistentes, masa abdominal o imagen sospechosa en el tránsito gastroesofágico

¿Qué enfermedades presentan los pacientes con dispepsia no investigada?

En los pacientes con dispepsia no investigada, la endoscopia es normal en un 40-60% de los casos. Los hallazgos endoscópicos más frecuentes son la úlcera péptica (15-25%), la esofagitis por reflujo (5-15%) y el cáncer de esófago o de estómago (< 2%)^{18,19}. En España, Barenys et al²⁰ detectaron por endoscopia uno o más hallazgos patológicos en el 45% —úlcera péptica en un 24%, esofagitis en otro 24%, neoplasia en un 2%— de los pacientes remitidos desde atención primaria por dispepsia (fig. 1).

¿Cuál es la estrategia de manejo más apropiada para la dispepsia no investigada?

En general, no se recomienda basar el tratamiento o las exploraciones únicamente en los síntomas del paciente (*nivel de evidencia: 1a*), dado que *a)* los síntomas dispépsicos se solapan considerablemente^{21,22} y *b)* el valor de los patrones de síntomas para predecir la enfermedad subyacente o la respuesta al tratamiento es deficiente²²⁻²⁴. Así, Wu et al²⁵ observaron que hasta el 20% de los pacientes con síntomas típicos de reflujo presentaban una úlcera en la endoscopia. En una reciente revisión sistemática, Moayyedy et al²⁴ evaluaron la utilidad diagnóstica de la historia clínica o de los modelos o *scores* basados en los síntomas del paciente. La fiabilidad fue similar para los *scores* clínicos o la opinión del médico y fue sólo ligeramente superior al 70% tanto para diferenciar entre dispepsia orgánica y funcional como para diagnosticar la esofagitis o la úlcera péptica.

Descartado el uso de los síntomas, las 3 estrategias diagnóstico-terapéuticas que actualmente se consideran más eficaces para la dispepsia no investigada son: *a)* el tratamiento empírico con un inhibidor de la bomba de protones (IBP); *b)* la endoscopia inicial —habitualmente asociada a biopsia sistemática para *H. pylori*— o *c)* realizar una prueba diagnóstica para *H. pylori* y tratamiento erradicador si es positiva, la denominada estrategia *test and treat*. Esta última es la que se recomienda en la mayoría de las guías y consensos²⁻⁸. A continuación, se comparan estas estrategias.

Test and treat frente a endoscopia inicial

1. *Test and treat* es tan efectivo como la endoscopia inicial y reduce el número de endoscopias (*nivel de evidencia: 1a*).
2. *Test and treat* es notablemente más coste-efectivo que la realización de una endoscopia inicial (*nivel de evidencia: 1b*).

Un reciente metaanálisis¹¹ identificó 4 estudios que comparaban endoscopia inicial fren-

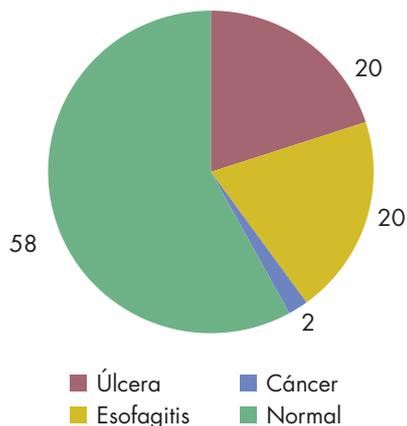


Figura 1. Distribución aproximada (en porcentaje) de los hallazgos endoscópicos en la dispepsia no investigada¹⁸⁻²⁰.

te a la estrategia *test and treat*²⁶⁻²⁹. La eficacia terapéutica de la estrategia *test and treat* fue similar a la de la endoscopia inicial, con un ahorro en endoscopias de alrededor del 70%. Con posterioridad, Ford et al³⁰ han publicado un segundo metaanálisis que incluyó 5 estudios aleatorizados y 2.000 pacientes. En él se observó que la estrategia que utilizaba una endoscopia inicial —que incluía biopsia para *H. pylori* a todos los pacientes y tratamiento erradicador de los infectados— fue un 5% más eficaz que la estrategia *test and treat* en mantener a los pacientes libres de síntomas al año (fig. 2). Sin embargo, dado que el coste de la endoscopia inicial fue elevado, el metaanálisis concluyó que la endoscopia inicial no resulta coste-efectiva (*nivel de evidencia: 1a*)³⁰. En otro estudio, Lassen et al³¹ observaron que, tras más de 6 años de seguimiento, las 2 estrategias seguían siendo igualmente efectivas y *test and treat* había evitado un 60% de endoscopias, y mostraban que los beneficios de *test and treat* se mantenían a largo plazo. Coincidiendo con estos datos, la mayoría de análisis de coste-efectividad indica que la estrategia *test and treat* es notablemente más coste-efectiva que la endoscopia inicial³²⁻³⁵.

Tratamiento antisecretor empírico frente a test and treat

1. El tratamiento antisecretor empírico es inicialmente eficaz en la dispepsia no investigada. Sin embargo, en el seguimiento no es superior al placebo, ya que los síntomas recidivan en la práctica totalidad de los pacientes en el plazo de un año (*nivel de evidencia: 1b*).

Así, Rabeneck et al³⁶, aleatorizaron a 140 pacientes con dispepsia no investigada a recibir 6 semanas de tratamiento con un IBP o placebo. Los pacientes mejoraron inicialmente algo más con el tratamiento antisecretor (el

Lectura rápida



Los hallazgos endoscópicos más frecuentes en la dispepsia no investigada son la úlcera péptica (aproximadamente un 20%) y la esofagitis (20%). Aproximadamente, el 60% de las endoscopias son normales.

El valor de los patrones de síntomas para predecir la patología subyacente o la respuesta al tratamiento es deficiente en los pacientes con dispepsia.

Por ello, no se recomienda basar el tratamiento o las exploraciones únicamente en los síntomas del paciente.

La estrategia *test and treat* se ha mostrado tan efectiva como la endoscopia inicial en el tratamiento de la dispepsia no investigada.



Lectura rápida



Test and treat reduce la utilización de la endoscopia y es claramente más coste-efectiva que la gastroscopia inicial en los estudios de evaluación económica.

El tratamiento antisecreto empírico es inicialmente eficaz en el tratamiento de la dispepsia no investigada. Sin embargo, en el seguimiento no es superior al placebo, ya que los síntomas recidivan en el plazo de un año en casi todos los pacientes.

Comparada con el tratamiento empírico antisecreto, *test and treat* resulta más eficaz y también más coste-efectiva, siempre que la prevalencia de la infección por *H. pylori* en pacientes dispépsicos no descienda por debajo del 15-20%.

La alta prevalencia de la infección en nuestro medio favorece la utilización de una estrategia *test and treat*.

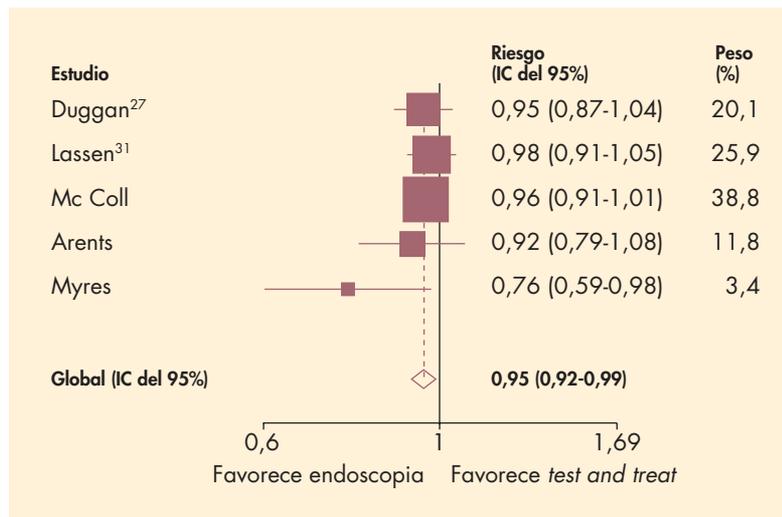


Figura 2. Metaanálisis que evalúa la probabilidad de permanecer libre de síntomas al año. Se observa un ligero incremento de la respuesta en el grupo que fue asignado a endoscopia inicial³⁰.

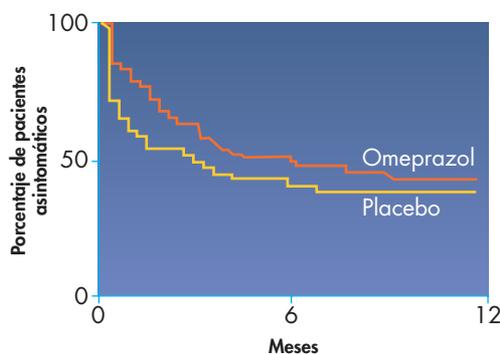


Figura 3. Comparación de omeprazol durante 6 semanas frente a placebo en pacientes con dispepsia no investigada.

45 frente al 30% con placebo, $p = 0,06$). Sin embargo, la tasa de recidiva sintomática y el número de pacientes que precisaron endoscopia al año de seguimiento fueron exactamente los mismos (fig. 3). De modo concordante, en el ensayo clínico realizado por Manes et al³⁷ que se comenta más adelante, la tasa de recidiva sintomática de los pacientes que recibieron únicamente tratamiento antisecreto fue del 90% al año.

2. En pacientes infectados por *H. pylori* el tratamiento erradicador es más efectivo que el tratamiento antisecreto (Nivel de evidencia: 1a). Tres ensayos clínicos comparan el tratamiento de erradicación con el tratamiento antisecreto en pacientes con infección por *H. pylori*. Tanto los estudios europeos de Stevens et al³⁸ y Farkkila et al³⁹ como el de Chiba et al⁴⁰ en Canadá aleatorizaron pacientes con infección por *H. pylori* demostrada por test del aliento a tratamiento erradicador o antisecreto. Todos ellos observan una reducción de las recidivas sintomáticas, una disminución de la sintomatología dispépsica y una mejoría de la calidad de vida tras el tratamiento erradicador.

3. La estrategia test and treat es más efectiva que el tratamiento antisecreto empírico (Nivel de evidencia: 1b).

Dos ensayos clínicos comparan la estrategia *test and treat* con el tratamiento antisecreto empírico. En un primer estudio, Duggan et al²⁷, utilizando un diseño con serios problemas metodológicos (se utilizó una prueba serológica rápida para *H. pylori*, con una sensibilidad extremadamente baja) no encontraron diferencias significativas entre la eficacia de ambas estrategias.

Posteriormente, Manes et al³⁷ aleatorizaron a 219 pacientes con dispepsia no investigada a recibir omeprazol durante 4 semanas o a *test and treat*. La tasa de respuesta sintomática mantenida al año fue del 40% en los que fueron asignados a *test and treat* frente al 10% en el grupo que recibió omeprazol. Cabe destacar que el 60% de los pacientes asignados a *test and treat* que estaban infectados por *H. pylori* y que, por tanto, recibieron tratamiento de erradicación seguían asintomáticos al año (fig. 4). El número de endoscopias realizadas fue, además, significativamente menor en el grupo asignado a *test and treat*.

4. El coste-efectividad de test and treat frente al tratamiento antisecreto empírico depende de la prevalencia de la infección por *H. pylori* en los pacientes con dispepsia (Nivel de evidencia: 2c).

La eficacia de la estrategia *test and treat* se basa, fundamentalmente, en la resolución de los síntomas en los pacientes con enfermedad ulcerosa, ya que sólo un pequeño porcentaje –entre el 8 y el 10%– de pacientes con dispepsia funcional mejora con el tratamiento erradicador⁴¹ y la erradicación de la infección por *H. pylori* no modifica la evolución de la enfermedad por reflujo gastroesofágico⁴². Así, donde la infección por *H. pylori* es frecuente, la prevalencia de la úlcera es también alta y la estrategia *test and treat* resulta coste-

efectiva. Múltiples estudios de coste-efectividad confirman que en condiciones de prevalencia de *H. pylori* media o alta la estrategia *test and treat* resulta más coste-efectiva que el tratamiento antisecretor^{32,43-45}. Por contra, cuando la prevalencia de infección por *H. pylori* cae por debajo del 15-20%, la estrategia más coste-efectiva es el tratamiento antisecretor empírico y reservar el test para *H. pylori* en caso de que la sintomatología recidive³². En España, Barenys et al²⁰ han demostrado que la prevalencia de infección por *H. pylori* en pacientes dispépsicos es de alrededor del 60% y que del 20 al 30% de dichos pacientes presenta una úlcera. En estas condiciones, *test and treat* resulta claramente más coste-efectiva que el tratamiento antisecretor.

Aspectos prácticos del manejo de la dispepsia no investigada

1. La máxima utilidad de la endoscopia se obtiene si ésta se realiza precozmente, con el paciente sintomático y en ausencia de tratamiento antisecretor (Nivel de evidencia: 2b).

Smith et al⁴⁶ correlacionaron los hallazgos endoscópicos en una unidad de acceso abierto a endoscopia con el tratamiento antisecretor previo, y observaron que el uso previo de antisecretores y especialmente de IBP disminuía considerablemente la utilidad diagnóstica de la endoscopia (fig. 5). Es bien sabido, además, que el tratamiento con IBP negativiza las pruebas para *H. pylori*⁴⁷. Finalmente, existe evidencia de nivel 3b y 4 de que el tratamiento antisecretor puede enmascarar una neoplasia gástrica en fase inicial⁴⁸⁻⁵⁰.

2. El test del aliento es preferible a la serología para la investigación no invasiva de *H. pylori* (Nivel de evidencia: 2c).

No hay estudios aleatorizados que comparen serología y prueba del aliento para la detección de la infección por *H. pylori* dentro de una estrategia *test and treat*. Algunos datos indirectos y los estudios de coste-efectividad –además del sentido común– indican que cuanto más fiable sea el test que utilicemos para el diagnóstico, mejores serán los resultados terapéuticos^{44,51}.

3. La estrategia *test and treat* no es aplicable a los pacientes mayores de 45, 50 o 55 años, que deben ser estudiados mediante una endoscopia inicial (Nivel de evidencia: 5).

El temor a posibles retrasos en el diagnóstico del cáncer gástrico ha llevado a recomendar endoscopia inicial en pacientes con dispepsia no investigada a partir de una determinada edad o si hay signos de alarma^{1,4,7}. El punto de corte para la edad se ha indicado en función de la prevalencia local de neoplasia y/o

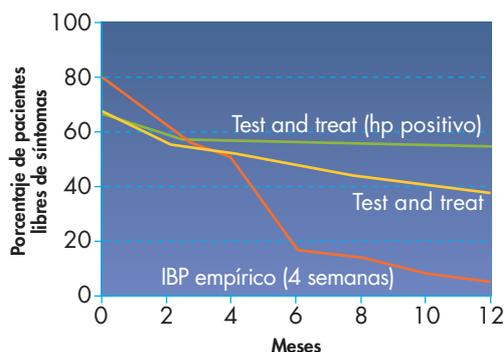


Figura 4. Comparación de *test and treat* con el tratamiento empírico antisecretor³⁷. IBP: inhibidor de bomba de protones; HP: Helicobacter pylori.

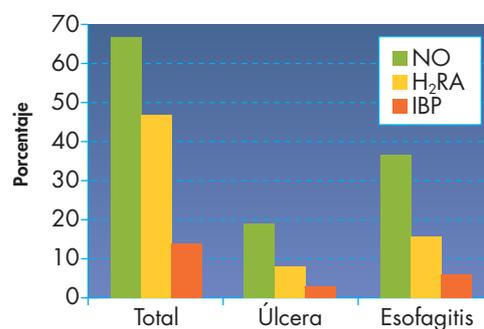


Figura 5. Porcentaje de pacientes con hallazgos patológicos en función del tratamiento previo a la endoscopia⁴⁶. IBP: inhibidor de la bomba de protones; H₂RA: antagonistas de los receptores H₂ de la histamina; NO: no tratamiento.

estudios de cohortes de pacientes con cáncer gástrico, y va de los 45 a los 55 años⁵². Lamentablemente, no existe ningún signo ni síntoma que permita detectar una neoplasia gástrica en fase precoz. Los únicos factores de riesgo para neoplasia son la edad, el sexo masculino y la presencia de signos de alarma, pero su capacidad pronóstica es limitada y la prevalencia de cáncer gástrico es muy baja, incluso en pacientes que presentan todos estos factores de riesgo^{53,54}. Otro aspecto que debe tenerse en cuenta es que las neoplasias raramente están en fase inicial en el momento que producen dispepsia⁵². En este sentido, una revisión sistemática, que incluyó 14 estudios y a 18.000 pacientes, mostró que la sensibilidad y la especificidad de los signos de alarma y/o de la edad para detectar o descartar una neoplasia gástrica es baja. Globalmente, la presencia de signos de alarma (tabla 2) tiene un valor pronóstico positivo para neoplasia que no supera el 10%⁵⁵. Por todo

Lectura rápida



Parece prudente –aunque la evidencia científica para realizar esta recomendación es mínima– no utilizar *test and treat* y realizar sistemáticamente endoscopia inicial a todos los pacientes con algún síntoma de alarma.

En pacientes de más de 55 años con dispepsia de nueva aparición se ha de tener un alto grado de sospecha de neoplasia e indicar endoscopia si los síntomas no mejoran o existe algún factor de riesgo adicional.

La prueba no invasiva para diagnosticar la infección por *H. pylori* debe ser un test del aliento realizado en condiciones óptimas, es decir, suspendiendo los antisecretores 2 semanas antes de la prueba y los antibióticos 1 mes antes.

Si la prueba del aliento no está disponible, resulta aceptable la utilización de una serología convencional validada, pero no una serología rápida, dada su escasa fiabilidad.



Bibliografía recomendada

Marzo M, Alonso P, Barenys M, et al. Manejo del paciente con dispepsia. Guía de Práctica Clínica. Disponible en: http://www.guiasgastro.net/guias_full/textos/Dispepsia.pdf. 2003.

Una excelente guía de práctica clínica, producida en colaboración entre la Asociación Española de Gastroenterología, la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y la fundación Cochrane.

Delaney BC, Moayyedi P, Forman D. Initial management strategies for dyspepsia. Cochrane Database Syst Rev. 2003;CD001961.

Metaanálisis publicado por la fundación Cochrane que revisa exhaustivamente las posibles aproximaciones a la dispepsia.

Moayyedi P, Talley N, Fennerty MB, Vakil N. A systematic review of the diagnosis of functional dyspepsia. Gastroenterology. 2005;128:A157.

Revisión sistemática que muestra que el patrón sintomático tiene una utilidad limitada en el diagnóstico de la dispepsia no investigada.

Ford AC, Qume M, Moayyedi P, et al. Helicobacter pylori test and treat or endoscopy for managing dyspepsia: an individual patient data meta-analysis. Gastroenterology. 2005;128:1838-44.

Detallado metaanálisis que muestra que la endoscopia inicial es ligeramente más eficaz, pero mucho menos coste-efectiva que test and treat.

ello, la guía más reciente, publicada por el National Institute for Clinical Excellence (NICE) británico establece que la edad no es un criterio para realizar endoscopia sistemática si no existen signos de alarma. Esta guía recomienda endoscopia en mayores de 55 años en caso de cirugía gástrica previa, riesgo elevado de cáncer gástrico (p. ej., antecedentes familiares) o si persisten los síntomas tras el tratamiento de erradicación y tratamiento empírico con un IBP⁸.

Conclusiones

Un reto importante es adaptar la evidencia científica presentada a nuestro medio, donde el tiempo de espera habitual para una endoscopia oscila entre 1 y 3 meses⁵⁶, y donde el único test para *H. pylori* disponible en asistencia primaria es, en muchos casos, la serología. La endoscopia inicial sistemática generaría una sobrecarga y un coste difícilmente asumibles por un sistema público de salud⁵⁷. Una alternativa razonable y aplicable en nuestro medio es tratar de entrada los síntomas del paciente con un IBP¹. Dado que el efecto de los IBP será transitorio, sería recomendable solicitar una prueba para *H. pylori* y realizar un tratamiento erradicador en función del resultado. El estudio para *H. pylori* debe realizarse una vez se ha suspendido el tratamiento antisecreto y estaría especialmente indicado si los síntomas son indicativos de úlcera péptica o si se produce una recidiva sintomática. Finalmente, debe mantenerse un alto grado de sospecha y solicitar endoscopia para descartar neoplasia tanto si aparece algún signo de alarma como si los síntomas no mejoran con la erradicación.

Bibliografía

 www.ghcontinuada.com
Encontrará enlaces a los resúmenes de esta bibliografía

● Importante ●● Muy importante

■ Ensayo clínico controlado

■ Metaanálisis

■ Epidemiología

- Marzo M, Alonso P, Barenys M, et al. Manejo del paciente con dispepsia. Guía de Práctica Clínica. Disponible en: http://www.guiasgastro.net/guias_full/textos/Dispepsia.pdf. 2003.
- Guidelines and Protocols Advisory Committee, British Columbia Medical Association Medical Services Commission and Government of British Columbia. Clinical approach to adult patients with dyspepsia. Disponible en: <http://www.healthservices.gov.bc.ca/msp/protoguides/gps/dyspep.pdf>. 2001.
- Timoney A, McKay T, Balfour R, et al. Dyspepsia. A national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign68.pdf>. 2003.
- Hunt RH, Fallone CA, Thomson AB. Canadian Helicobacter pylori Consensus Conference update: infections in adults. Canadian Helicobacter Study Group. Can J Gastroenterol. 1999;13:213-17.
- Logan GM, Piper D, Dorwart A, et al. Dyspepsia. Institute For Clinical Systems Improvement (ICSI). Disponible en: http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=3664&nbr=2890&string=helicobacter. 2003.
- American Gastroenterological Association Medical position statement: evaluation of dyspepsia. Gastroenterology. 1998;114:579-81.
- Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain C, et al. Current concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection—the Maastricht 2-2000 Consensus Report. Aliment Pharmacol Ther. 2002;16:167-80.
- North of England Dyspepsia Guideline Development Group. Dyspepsia: Managing dyspepsia in adults in primary care. <http://www.nice.org.uk/pdf/CG017fullguideline.pdf>. 2004. 13-9-2004.
- Vakil N. Dyspepsia and GERD: breaking the rules. Am J Gastroenterol. 2005;100:1489-90.
- Veldhuyzen Van Zanten SJ, Chiba N, Armstrong D, et al. A randomized trial comparing omeprazole, ranitidine, cisapride, or placebo in *Helicobacter pylori* negative, primary care patients with dyspepsia: the CADET-HN study. Am J Gastroenterol. 2005;100:1477-88.
- Delaney BC, Moayyedi P, Forman D. Initial management strategies for dyspepsia. Cochrane Database Syst Rev. 2003;CD001961.
- Management of dyspepsia: report of a working party. Lancet. 1988;1:576-79.
- Talley N, Collin-Jones D, Koch KL. Functional dyspepsia: a classification with guidelines for diagnosis and management. Gastroenterology International. 1991;4:145-60.
- Heading RC. Prevalence of upper gastrointestinal symptoms in the general population: a systematic review. Scand J Gastroenterol Suppl. 1999;231:3-8.
- Caballero Plasencia AM, Sofos KS, Martín Ruiz JL, Valenzuela BM. La prevalencia de la dispepsia en España. Med Clin (Barc). 1994;103:717.
- Haycox A, Einarson T, Eggleston A. The health economic impact of upper gastrointestinal symptoms in the general population: results from the Domestic/International Gastroenterology Surveillance Study (DIGEST). Scand J Gastroenterol Suppl. 1999;231:38-47.
- Enck P, Dubois D, Marquis P. Quality of life in patients with upper gastrointestinal symptoms: results from the Domestic/International Gastroenterology Surveillance Study (DIGEST). Scand J Gastroenterol Suppl. 1999;231:48-54.
- Fisher RS, Parkman HP. Management of nonulcer dyspepsia. N Engl J Med. 1998;339:1376-81.
- Talley NJ, Silverstein MD, Agrues L, et al. AGA technical review: Evaluation of dyspepsia. Gastroenterology. 1998;114:582-95.
- Barenys M, Abad A, Pons JM, et al. Scoring system has better discriminative value than *Helicobacter pylori* testing in patients with dyspepsia in a setting with high prevalence of infection. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2000;12:1275-82.
- Jones RH, Lydeard SE, Hobbs FD, et al. Dyspepsia in England and Scotland. Gut. 1990;31:401-5.
- Chiba N, Thomson A, Barkun A, et al. The ROME II definition of dyspepsia does not exclude patients with gastroesophageal reflux disease (GERD) in primary care. Gastroenterology. 2003;124:A223-A4.
- Hansen JM, Bytzer P, Schaffalitzky de Muckadell OB. Management of dyspeptic patients in primary care. Value of the unaided clinical diagnosis and of dyspepsia subgrouping. Scand J Gastroenterol. 1998;33:799-805.
- Moayyedi P, Talley N, Fennerty MB, Vakil N. A systematic review of the diagnosis of functional dyspepsia. Gastroenterology. 2005;128:A157.
- Wu JC, Chan FK, Ching JY, et al. Empirical treatment based on "typical" reflux symptoms is inappropriate in a population with a high prevalence of *Helicobacter pylori* infection. Gastrointest Endosc. 2002;55:461-65.
- McColl KE, Murray LS, Gillen D, et al. Randomised trial of endoscopy with testing for *Helicobacter pylori* compared with non-invasive *H. pylori* testing alone in the management of dyspepsia. BMJ. 2002;324:999-1002.
- Duggan AE, Elliott CA, Hawkey CJ, Logan RF. Does initial management of patients dyspepsia alter symptom response and patient satisfaction? Results from a randomised trial. Gastroenterology. 1999;116:A151.
- Heaney A, Collins JSA, Watson RGP, et al. A prospective randomised trial of a test and treat policy versus endoscopy based management in young *Helicobacter pylori* positive pa-

- tients with ulcer-like dyspepsia, referred to a hospital clinic. *Gut*. 1999;45:186-90.
29. Lassen AT, Pedersen FM, Bytzer P, De Muckadell OBS. *H. pylori* test and treat or prompt endoscopy for dyspeptic patients in primary care. A randomized controlled trial of two management strategies: One year follow-up. *Gastroenterology*. 1998;114:A196.
 30. ●● Ford AC, Qume M, Moayyedi P, et al. *Helicobacter pylori* test and treat or endoscopy for managing dyspepsia: an individual patient data meta-analysis. *Gastroenterology*. 2005;128:1838-44.
 31. Lassen AT, Hallas J, Schaffalitzky de Muckadell OB. *Helicobacter pylori* test-and-eradicate vs prompt endoscopy for management of dyspeptic patients in primary care: 6.7 years follow-up of a randomized trial. *Gastroenterology*. 2004;126 Suppl 2:A-83.
 32. Spiegel BM, Vakil NB, Ofman JJ. Dyspepsia management in primary care: a reappraisal of competing strategies. *Gastroenterology*. 2001;120:A50.
 33. Gee I, Playford RJ, Turner D, Sheldon N, Wicks ACB. Cost analysis of breath test versus endoscopy for dyspepsia. *Digestion*. 2002;65:207-12.
 34. Makris N, Barkun A, Crott R, Fallone CA. Cost-effectiveness of alternative approaches in the management of dyspepsia. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 2003;19:446-64.
 35. Rich M, Scheiman JM, Tierney W, Fendrick AM. Is upper gastrointestinal radiography a cost-effective alternative to a *Helicobacter pylori* test and treat strategy for patients with suspected peptic ulcer disease? *Am J Gastroenterol*. 2000;95:651-58.
 36. Rabeneck L, Soucek J, Wristers K, et al. A double blind, randomized, placebo-controlled trial of proton pump inhibitor therapy in patients with uninvestigated dyspepsia. *Am J Gastroenterol*. 2002;97:3045-51.
 37. ●● Manes G, Menchise A, De Nucci C, Balzano A. Empirical prescribing for dyspepsia: randomised controlled trial of test and treat versus omeprazole treatment. *BMJ*. 2003;326:1118-21.
 38. Stevens R, Baxter G. Benefit of *Helicobacter pylori* eradication in the treatment of ulcer-like dyspepsia in primary care. *Gastroenterology*. 2001;120 Suppl 1:A50.
 39. Farkkila M, Sarna S, Valtonen V, Sipponen P. Does the test-and-treat strategy work in primary health care for management of uninvestigated dyspepsia? A prospective two-year follow-up study of 1552 patients. *Scand J Gastroenterol*. 2004;39:327-35.
 40. Chiba N, Van Zanten SJOV, Sinclair P, et al. Treating *Helicobacter pylori* infection in primary care patients with uninvestigated dyspepsia: the Canadian adult dyspepsia empiric treatment-*Helicobacter pylori* positive (CADET-Hp) randomised controlled trial. *BMJ*. 2002; 324:1012-20.
 41. ●● Moayyedi P, Deeks J, Talley NJ, Delaney B, Forman D. An update of the Cochrane systematic review of *Helicobacter pylori* eradication therapy in nonulcer dyspepsia: resolving the discrepancy between systematic reviews. *Am J Gastroenterol*. 2003;98:2621-6.
 42. Moayyedi P, Bardhan C, Young L, et al. *Helicobacter pylori* eradication does not exacerbate reflux symptoms in gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology*. 2001;121:1120-6.
 43. Chiba N, Veldhuyzen van Zanten SJ, Escobedo S, et al. Economic evaluation of *Helicobacter pylori* eradication in the CADET-Hp randomized controlled trial of *H. pylori*-positive primary care patients with uninvestigated dyspepsia. *Aliment Pharmacol Ther*. 2004;19:349-58.
 44. Marshall JK, Armstrong D, O'Brien BJ. Test and treat strategies for *Helicobacter pylori* in uninvestigated dyspepsia: a Canadian economic analysis. *Canadian Journal of Gastroenterology*. 2000;14:379-88.
 45. Ladabaum U, Chey WD, Scheiman JM, Fendrick AM. Reappraisal of non-invasive management strategies for uninvestigated dyspepsia: a cost-minimization analysis. *Aliment Pharmacol Ther*. 2002;16:1491-501.
 46. Smith T, Verzola E, Mertz H. Low yield of endoscopy in patients with persistent dyspepsia taking proton pump inhibitors. *Gastrointest Endosc*. 2003;58:9-13.
 47. Laine L, Estrada R, Trujillo M, Knigge K, Fennerty MB. Effect of proton-pump inhibitor therapy on diagnostic testing for *Helicobacter pylori*. *Ann Intern Med*. 1998;129:547-50.
 48. Suvakovic Z, Bramble MG, Jones R, et al. Improving the detection rate of early gastric cancer requires more than open access gastroscopy: a five year study. *Gut*. 1997;41:308-13.
 49. Wayman J, Hayes N, Raimes SA, Griffin SM. Prescription of proton pump inhibitors before endoscopy. A potential cause of missed diagnosis of early gastric cancers. *Arch Fam Med*. 2000;9:385-8.
 50. Wayman J, Hayes N, Griffin SM. The response of early gastric cancer to proton-pump inhibitors. *N Engl J Med*. 1998;338:1924-5.
 51. Chey WD, Fendrick AM. Noninvasive *Helicobacter pylori* testing for the "test-and-treat" strategy-A decision analysis to assess the effect of past infection on test choice. *Archives of Internal Medicine*. 2001;161:2129-32.
 52. McColl K. Should non-invasive *Helicobacter pylori* testing replace endoscopy in investigation of dyspepsia? *Helicobacter*. 2000;5 Suppl 1:S11-S5.
 53. Voutilainen M, Mantynen T, Kunnamo I, et al. Impact of clinical symptoms and referral volume on endoscopy for detecting peptic ulcer and gastric neoplasms. *Scand J Gastroenterol*. 2003;38:109-13.
 54. Madsen LG, Bytzer P. The value of alarm features in identifying organic causes of dyspepsia. *Can J Gastroenterol*. 2000; 14:713-20.
 55. Vakil N, Talley N, Moayyedi P, Fennerty B. The diagnostic value of alarm features in predicting upper gastrointestinal malignancy in dyspeptic patients: systematic review and meta-analysis. *Gastroenterology*. 2005;128:A80.
 56. Martínez-Sánchez G, Saperas E, Benavent J, et al. The attitude of primary health care physicians in the metropolitan area of Barcelona about the diagnosis and treatment of *Helicobacter pylori* infection in gastroduodenal diseases. *Gastroenterol Hepatol*. 1998;21:473-8.
 57. Bytzer P. How should new-onset dyspepsia be managed in general and specialist practice? *Baillieres Clinical Gastroenterology*. 1998;12:587-99.

Bibliografía recomendada

Manes G, Menchise A, De Nucci C, Balzano A. Empirical prescribing for dyspepsia: randomised controlled trial of test and treat versus omeprazole treatment. *BMJ*. 2003;326:1118-21.

Éste es el único ensayo clínico publicado hasta el momento en el que se compara test and treat con tratamiento empírico con un IBP en la dispepsia no investigada. Los resultados demuestran que la estrategia test and treat es notablemente más efectiva a largo plazo.

Moayyedi P, Deeks J, Talley NJ, Delaney B, Forman D. An update of the Cochrane systematic review of *Helicobacter pylori* eradication therapy in nonulcer dyspepsia: resolving the discrepancy between systematic reviews. *Am J Gastroenterol*. 2003;98:2621-6.

*Metaanálisis de "consenso" entre los autores de los distintos metaanálisis previos sobre el papel de la erradicación de *Helicobacter pylori* en la dispepsia funcional. Demuestra que la erradicación es discretamente superior al placebo. Al año, la erradicación mantiene asintomáticos aproximadamente a un 8-10% más de pacientes que el placebo. En otras palabras, deberían tratarse con antibióticos entre 10 y 12 pacientes para obtener una mejoría mantenida al año.*