



## CARTA CIENTÍFICA

### Diferencias en el manejo de la dispepsia funcional pediátrica en España, un estudio descriptivo del Grupo de Trabajo de Motilidad y Trastornos Gastrointestinales funcionales de la SEGHP<sup>☆</sup>



### Differences in management of pediatric functional dyspepsia in Spain, a descriptive study by the Working Group on Motility and Functional Gastrointestinal Disorders of SEGHP

La dispepsia funcional (DF) es un trastorno del eje intestino-cerebro caracterizado por síntomas de saciedad precoz, plenitud posprandial y epigastralgia, cuyo diagnóstico es clínico a través de los criterios Roma IV. Se diferencian 2 subtipos: síndrome de malestar posprandial y síndrome del dolor epigástrico. Es un trastorno frecuente en pediatría, con una prevalencia entre el 5% y el 10% de la población adolescente<sup>1</sup>, difícil de diagnosticar y tratar por la escasez de guías y pautas claras de actuación en pediatría, ya que aunque existen guías internacionales acerca del manejo de la dispepsia en adultos<sup>2</sup>, no son extrapolables a población pediátrica, existiendo guías orientadas al dolor abdominal funcional pediátrico, no dirigidas específicamente a la DF<sup>3</sup>. Esto supone un elevado coste de atención sanitaria, además del impacto sobre la calidad de vida de los pacientes.

Con la finalidad de conocer la práctica clínica habitual en nuestro medio, entre enero y marzo de 2023 se realizó un estudio transversal, descriptivo, mediante encuesta *online* a los 406 miembros de la Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, obteniéndose un total de 85 respuestas (tasa de respuesta de 20%). La encuesta constaba de 13 preguntas acerca del diagnóstico y tratamiento de la DF en pediatría.

Un 21% de los profesionales (n = 18) siempre clasificaba el subtipo de DF al diagnóstico, por un 47% (n = 40) que lo hacía solo en ocasiones y un 31% (n = 27) que no lo hacía nunca.

<sup>☆</sup> Los nombres de los miembros del Grupo de Trabajo de Motilidad y Trastornos Gastrointestinales funcionales de la SEGHP se relacionan en el [anexo 1](#).

Del mismo modo, un 55% (n = 47) trata de forma distinta los diferentes tipos de dispepsia, por el 44% (n = 38) que no lo hace.

En cuanto al proceso diagnóstico un 78% (n = 58) considera la realización de endoscopia digestiva superior como primera elección en caso de realizar alguna prueba complementaria. El 68% (n = 52) solicita endoscopia solo en aquellos pacientes en los que fracasa el tratamiento inicial, un 28% (n = 24) nunca la realiza si no hay otros datos de alarma y solo un 3,5% (n = 3) realiza endoscopia a todos los pacientes antes del diagnóstico de DF. El 43% de los profesionales (n = 37) estimaba que menos del 25% de sus pacientes tenía realizada una endoscopia, mientras que el 22% (n = 19) estimaba que se había realizado a más del 50% de sus pacientes.

El 64% (n = 55) de la muestra se plantea realizar en algún momento un despistaje de *Helicobacter pylori*, por un 35% (n = 30) que no lo realiza en ausencia de datos de alarma (no se preguntó la forma de hacer este despistaje). En caso de objetivarse *H. pylori* el 9% de los profesionales (n = 8) realiza tratamiento erradicador en todos los casos, independientemente de los hallazgos endoscópicos.

El 48% (n = 40) no realiza pH-metría a los pacientes con DF subtipo ardor epigástrico y el 38% (n = 32) tampoco considera necesaria la realización de un estudio de vaciamiento gástrico. El resto solo plantea realizar estas pruebas en caso de fracaso del tratamiento inicial.

Los fármacos más utilizados por los profesionales son: los inhibidores de la bomba de protones por el 97% (n = 83), la ciproheptadina por el 45% (n = 39) y los probióticos por el 43% (n = 37). El resto de las intervenciones terapéuticas utilizadas se reflejan en la [tabla 1](#).

En el 97% de los casos la enfermedad es valorada por el gastroenterólogo, apoyándose hasta en un 54% (n = 46) en psicología/psiquiatría, siendo la implicación de otras especialidades anecdótica (rehabilitación, nutricionista o trabajo social: 2,4%).

Hasta un 38% (n = 33) entrega material gráfico explicativo sobre la enfermedad a los pacientes, por un 61% que no lo hace nunca (n = 52).

El diagnóstico de DF se basa inicialmente en criterios clínicos<sup>1</sup>, en ausencia de datos de alarma, a pesar de lo cual se realizan un gran número de pruebas a estos pacientes, particularmente endoscopias. Asimismo, probablemente se esté sobretratando el *H. pylori* en contra de las guías actuales, que no recomiendan la estrategia *test and treat* en pediatría<sup>4</sup>. Se ha observado también poca homogeneidad en el tratamiento médico y opciones dietéticas, probable-

**Tabla 1** Terapias más frecuentemente utilizadas en la dispepsia funcional

Terapia		N (total 85)	Frecuencia (%)	
Tratamientos Farmacológicos	Inhibidores de la bomba de protones	83	97,6	
	Antagonistas de los receptores H2	6	7,1	
	Ciproheptadina	39	45,9	
	Levosulpirida	6	7,1	
	Cinitaprida	7	8,2	
	Domperidona	29	34,1	
	Eritromicina	12	14,1	
	Almagato	18	21,2	
	Alginato de sodio + bicarbonato de sodio + carbonato de calcio	25	29,4	
	Ácido hialurónico	15	17,6	
	STW 5	10	11,8	
	Poliprotect	8	9,4	
	Antidepresivos tricíclicos	14	16,5	
	Inhibidores de recaptación de serotonina	4	4,7	
	Mirtazapina	3	3,5	
	Probióticos	37	43,5	
	Descontaminación intestinal con antibióticos	1	1,2	
	Medidas dietéticas	Fraccionar las comidas	56	65,9
		Evitar forzar saciedad	45	52,9
Restringir agua en las comidas		13	15,3	
Dieta FODMAP		9	10,6	
Dieta «antirreflujo/protección gástrica»		29	34,1	
Dieta baja en grasas		43	50,5	
Dieta mediterránea		42	49,4	
Otras Medidas	No realiza recomendaciones	13	15,3	
	Psicoterapia	33	38,8	
	<i>Mindfulness</i>	16	18,8	
	Yoga	9	10,6	
	Hipnoterapia	8	9,4	

mente por la escasa evidencia de tratamientos realmente eficaces<sup>5</sup>.

A pesar de la baja tasa de respuestas y no haberlas estratificado por nivel de complejidad del centro de trabajo, se objetiva una gran heterogeneidad en el manejo de la DF. Sería interesante la elaboración de recomendaciones de práctica clínica que permitan unificar el manejo de nuestros pacientes.

## Financiación

Este estudio no ha recibido financiación.

## Anexo 1. Miembros del Grupo de Trabajo de Motilidad y Trastornos Gastrointestinales funcionales de la SEGHP

Pablo Ferrer González. Hospital de la Fe, Valencia.

Carmen Jovani Casano. Hospital General de Castellón.

Eva Martínez-Ojinaga Nodal. Hospital Universitario de La Paz, Madrid.

Etna Masip Simó. Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Manuel Molina Arias. Hospital Universitario de La Paz, Madrid.

Melinda Moriczi. Hospital Torrecárdenas, Almería.

Sergio Pinillos Pisón. Grupo Quirónsalud Territorial de Barcelona.

## Bibliografía

- Hyams JS, di Lorenzo C, Saps M, Shulman RJ, Staiano A, van Tilburg M. Functional disorders: Child/adolescents. *Gastroenterology*. 2016;150:1456–68 <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.02.015>
- Wauters L, Dickman R, Drug V, Mulak A, Serra J, Enck P, et al. United European Gastroenterology (UEG) and European Society for Neurogastroenterology and Motility (ESNM) consensus on functional dyspepsia. *United Eur Gastroenterol J*. 2021;9:307–31, <http://dx.doi.org/10.1002/ueg2.12061>. PMID: 33939891; PMCID: PMC8259261.
- Gordon M, Benninga MA, Borlack R, Borrelli O, Chogle A, Darbari A, et al. ESPGHAN and NASPGHAN 2023 protocol for paediatric FAPD treatment guidelines (standard operating procedure). *BMJ Paediatr Open*. 2023;7:e002166, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjpo-2023-002166>. PMID: 38128947; PMCID: PMC10749037.
- Homan M, Jones NL, Bontems P, Carroll MW, Czinn SJ, Gold BD, et al., on behalf of ESPGHAN/NASPGHAN. Updated joint ESPGHAN/NASPGHAN guidelines for management of Helicobacter pylori infection in children and adolescents (2023). *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2024;79:758–85, <http://dx.doi.org/10.1002/jpn3.12314>. Epub 2024 Aug 15; PMID: 39148213.

5. Légeret C, Stienen Y, Furlano R, Köhler H. Effectivity of treatment for children with functional dyspepsia. *Sci Rep.* 2022;12:1467, <http://dx.doi.org/10.1038/s41598-022-05380-y>. PMID: 35087113; PMCID: PMC8795111.

Miguel Ángel Carro Rodríguez<sup>a,\*</sup>,  
Inmaculada Hidalgo Montes<sup>b</sup>, Carlos Ruiz Hernández<sup>c</sup>,  
César Sánchez Sánchez<sup>d</sup> y Andrés Bodas Pinedo<sup>e</sup>

<sup>a</sup> *Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica, Servicio de Pediatría, Hospital Universitario General de Villalba, Collado Villalba, Madrid, España*

<sup>b</sup> *Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica, Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España*

<sup>c</sup> *Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica, Servicio de Pediatría, Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, Barcelona, España*

<sup>d</sup> *Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España*

<sup>e</sup> *Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [miguel.carro@hgvillalba.es](mailto:miguel.carro@hgvillalba.es)  
(M.Á. Carro Rodríguez).