

DISPÈPSIA

Definició de dispèpsia: qualsevol dolor o molèstia localitzada en la part central de la meitat superior de l'abdomen. Alternativament, es pot considerar com dispèpsia aquella simptomatologia que ens orienta a patologia gastroduodenal.

Pot associar-se o manifestar-se amb plenitud en la zona descrita, sacietat precoç rere els menjars, distensió, eructes, nàusees i/o vòmits. Els símptomes poden ser continus o intermitents i no tenir relació necessàriament amb els menjars. Si predomina el dolor es pot catalogar de “tipus ulcerós” i si predominen símptomes de sacietat precoç i distensió, de “tipus dismotilitat”, essent aquesta una diferenciació només simptomàtica.

El dolor en hipocondris no es considera característic de la dispèpsia. La pirosi i regurgitació són símptomes propis de reflux gastroesofàgic, no de dispèpsia.

Es classifica en funcional i orgànica, essent la primera la causa més freqüent. Les causes més freqüents de dispèpsia orgànica són les úlceres gastroduodenals. La presa de medicacions, sobretot AINEs i antiagregants, també és causa freqüent de dispèpsia, sovint sense lesions endoscòpiques quan es fa l'exploració.

Símptomes/signes d'alarma

- Pèrdua de pes significativa no intencionada
- Vòmits importants i recurrents
- Disfàgia
- Sagnat digestiu (hematemesi, melenes, anèmia)
- Presència d'una massa abdominal palpable.

Diagnòstic de dispèpsia

És molt important una correcta anamnesi: característiques del dolor, existència de possibles transgressions dietètiques i/o de l'estil de vida, ingesta de fàrmacs (sobretot AINEs), antecedents personals de úlcera pèptica, cirurgia gàstrica i infecció per *Helicobacter pylori* (HP) i la història familiar de úlcera pèptica.

L'exploració física té un escàs valor diagnòstic. Anirem a buscar: massa abdominal, adenopaties, coloració anormal de la pell i mucoses que suggereixin anèmia o icterícia.

A efectes de l'actual esquema d'actuació, l'objectiu de diagnòstic de dispèpsia és determinar quins casos necessiten d'atenció especialitzada que, en primer terme, equival a la realització d'una endoscòpia. La indicació d'endoscòpia no cal avaluació prèvia per l'especialista en pacients amb dispèpsia.

El diagnòstic clínic de presumpció a partir de la història clínica no és un mètode vàlid per a seleccionar als pacients amb patologia orgànica. En canvi, els símptomes o signes d'alarma són predictors de la dispèpsia orgànica. Les escales de puntuació de signes i símptomes també poden ser útils per a seleccionar als pacient amb patologia orgànica. El següent model s'ha aplicat en un entorn similar al nostre, amb millor valor discriminador per a dispèpsia orgànica que la impressió clínica o la presència d'HP.

Variables del model*	Dispèpsia orgànica
Edat > 40 anys	1
Sexe masculí	2
Sobrepès (IMC > 25)	1
Ritme deposicional normal	1
Consum d'alcohol > 30 g al dia	1
Consum de tabac > 10 cigarretes/dia	1
AINE > 2 dies/setmana	2
Dolor epigàstric cíclic	1
Alleugeriment del dolor amb la ingesta	2
Presència de pirosi	2
Pirosi diària	2
Pirosi intensa	1
Història prèvia de úlceres	2
	Quan la puntuació total és ≥ 7 , derivar per a realitzar una endoscòpia

*Barenys M. Eur J Gastroenterol Hepatol 2000.

Les definicions i recomanacions d'aquest procés assistencial estan basades en la següent guia: ***Manejo del paciente con dispepsia. Guía de práctica clínica. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2003. Programa de elaboración de Guías de Práctica Clínica en Enfermedades Digestivas, desde la Atención primaria a la especializada: 3***

COM DERIVAR PER A L'ENDOSCÒPIA:

Derivar directament per prova quan es precisi efectuar la endoscòpia

L'informe de l'endoscòpia s'enviarà al metge sol·licitant junt a recomanacions precises de tractament i/o seguiment.

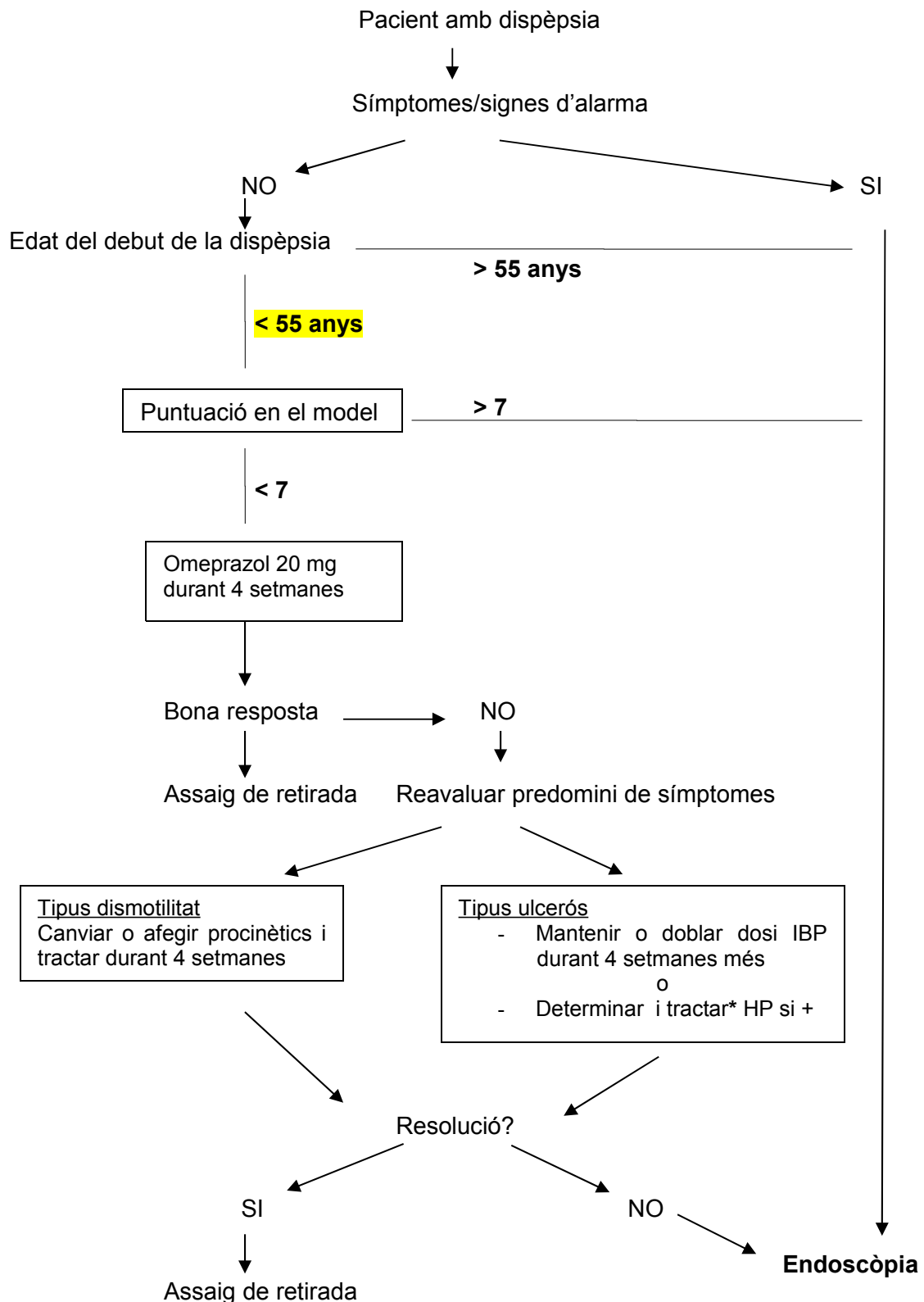
En casos de detectar patologia tributària d'atenció especialitzada, aquesta s'iniciarà directament a aquest nivell a partir de l'endoscòpia (informant igualment al metge de primària del resultat de la prova)

QUAN DERIVAR A L' ESPECIALISTA?

1. Els casos de dispèpsia ja investigada (endoscòpia) o de causa coneguda que no s'aconsegueixin controlar a nivell d'assistència primària.

En cas de dubtes, plantejar la situació primer via interconsulta no presencial

ALGORITME D'ACTUACIÓ



*Tractament estàndard: Omeprazol 20 mg/12 h (abans d'esmorzar i sopar) i claritromicina 500 mg/12 h + amoxicil·lina 1 g/12 h (després d'esmorzar i sopar) durant 10 dies simultàniament.