

Abordaje de la dispepsia

DEFINICIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

ESTRATEGIAS ABORDAJE *pág. 155*FISIOPATOLOGÍA *pág. 162*TRATAMIENTO *pág. 166*

JUAN FERRÁNDIZ

Unidad de Calidad Área 11.
Atención Primaria. Servicio
Madrileño de Salud. Madrid.
España.

Dispepsia. Definición y epidemiología

La dispepsia es una entidad muy común, cuyo abordaje clínico y terapéutico ha evolucionado notablemente en las últimas décadas. El debate permanece ante el potencial solapamiento del cuadro clínico entre dispepsia y enfermedad por reflujo gastroesofágico, y el óptimo manejo inicial de la dispepsia no investigada, donde se evalúa la pertinencia del abordaje empírico frente a la estrategia del *test and treat* en función de la infección por *Helicobacter pylori*.

Dispepsia: definiciones

El concepto de dispepsia depende de la descripción del patrón clínico, con frecuencia similar a las manifestaciones del reflujo gastroesofágico, de la distinta percepción del paciente sobre la necesidad de una consulta en virtud de la relevancia atribuida al dolor o al malestar abdominal, y de la amplia miscelánea de signos y síntomas incluidos en el síndrome dispéptico. Las definiciones sobre dispepsia, en su mayoría a partir de consensos internacionales o grupos de expertos relevantes, no han estado exentas de generar más confusión que lucidez a su comprensión^{1,2}, dada la disparidad de contenidos (tabla 1)³⁻¹⁴.

Una notable diferencia se centra en el perfil de síntomas atribuibles al tracto gastrointestinal superior. Prácticamente desde Roma II¹³, el abanico de síntomas se ciñe a la presencia de dolor o malestar centrado en el abdomen superior, y se admite que el predominio de un patrón clínico con pirosis y/o regurgitación ácida debiera excluirse del término dispepsia y considerarse dentro de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. En la actualidad, es ampliamente aceptada esta proposición, y es ilustrativo que guías de práctica clínica con soporte de medicina basada en la evidencia lo asuman de forma nítida¹⁵⁻¹⁸. No obstante, un criterio pragmático que sitúe la dispepsia desde el punto de vista del paciente, identifica

cualquier signo, síntoma o combinación de éstos que pudiera atribuir al tracto digestivo^{19,20}, aceptando incluso la pirosis o la regurgitación ácida (CanDys Working Group)¹⁴. En consecuencia, en atención primaria se observa una demanda clínica especialmente heterogénea, mientras que en atención especializada una prevalencia de la morbilidad subyacente de mayor entidad se acompaña de un valor predictivo positivo superior²¹.

Se ha considerado útil para el manejo clínico una clasificación de la dispepsia según el momento del proceso diagnóstico en que se encuentre el paciente¹⁸. De tal modo, una dispepsia no investigada incluiría a todo paciente con un primer episodio de clínica dispéptica o al que teniendo un curso recurrente no dispone de una evaluación endoscópica y, por tanto, de diagnóstico concreto. La dispepsia orgánica identifica la presencia de causas orgánicas subyacentes (anatómicas, bioquímicas, metabólicas, consumo de alcohol o fármacos, microbiológicas) que expliquen los síntomas a partir de las pruebas complementarias pertinentes.

La dispepsia funcional (Roma II)¹³, como diagnóstico de exclusión, se define por la presencia de las siguientes manifestaciones clínicas durante al menos 12 semanas (no necesariamente consecutivas) en el último año:

- Dispepsia persistente o recurrente (dolor o malestar abdominal localizado en la línea media del abdomen superior).
- Ausencia de enfermedad orgánica (incluida la realización de endoscopia) que pudiera explicar los síntomas.
- Los síntomas no mejoran exclusivamente con la defecación ni se asocian a cambios de la frecuencia y/o consistencia de las deposiciones (para diferenciar un síndrome de intestino irritable).

Puntos clave

La dispepsia representa un problema de salud frecuente, con 2 controversias iniciales: una definición de consenso que responda con suficiencia al cuadro clínico relatado por el paciente y la determinación del óptimo manejo diagnóstico y terapéutico en los episodios de dispepsia no investigada.

Los criterios de Roma II son ampliamente aceptados en la definición de dispepsia, y se asume que la presencia dominante de pirosis y/o regurgitación ácida debe atribuirse a una potencial enfermedad por reflujo gastroesofágico.

La disparidad de datos epidemiológicos sobre la dispepsia difieren por los criterios utilizados en las fuentes de información, especialmente por la heterogeneidad en la definición, población objeto de análisis y criterios de temporalidad para su clasificación.

El seguimiento del curso clínico de la dispepsia depende de la causa subyacente, de modo que los cuadros funcionales se acompañan de una tasa de recurrencia anual notable.

Lectura rápida



La definición más aceptada responde a los criterios de Roma II, como dolor abdominal recurrente o persistente, o malestar abdominal localizado en el abdomen superior, que se considera relacionado con el tracto digestivo superior.

Desde la perspectiva de la demanda del paciente, un episodio dispéptico responde a cualquier síntoma potencialmente atribuible al tracto gastrointestinal superior, y admite, de forma pragmática, la clínica de pirosis o regurgitación ácida.

Son aspectos de controversia el solapamiento clínico con la enfermedad por reflujo gastroesofágico, la desigual relevancia que atribuye el paciente a su malestar abdominal y la amplia miscelánea de signos o síntomas incluidos en el síndrome dispéptico.

Los estudios epidemiológicos difieren en las medidas de frecuencia publicadas debido al efecto que tiene la definición de dispepsia utilizada.



Tabla 1. Definiciones de dispepsia

Knill-Jones et al (1985) ³	Dolor o malestar abdominal episódico, recurrente o persistente, o cualquier otro síntoma referido al tracto digestivo, excepto sangrado rectal o ictericia, durante al menos 4 semanas
American College of Physicians and Public Policy Committee (1985) ⁴	Dolor o malestar epigástrico acompañado de plenitud, quemazón, eructos, distensión, náuseas, vómitos, intolerancia a la grasa o dificultad en la digestión de la una comida. La pirosis o los síntomas del cólico biliar se distinguen de la dispepsia
Jones R (1987) ⁵	Dolor o malestar abdominal superior o retroesternal referido al tracto gastrointestinal superior
Colin Jones DG et al (1988) ⁶	Dolor en abdomen superior o retroesternal, pirosis, náuseas, vómitos u otros síntomas que pueden ser atribuidos al tracto digestivo proximal
Barbara L et al (1989) ⁷	Síntomas abdominales, episódicos o persistentes, a menudo relacionados con la ingesta, que los pacientes o los médicos creen que se deben a alteraciones de la porción proximal del tracto digestivo. Los síntomas principales son malestar o dolor abdominal, plenitud posprandial, saciedad temprana o incapacidad para finalizar una comida normal, anorexia, eructos, náuseas y vómitos, y pirosis/regurgitación
Heading RC (1991) ⁸	Síntomas episódicos o persistentes que incluyen dolor o malestar abdominal. No aplicable a clínica ajena al tracto gastrointestinal proximal
Talley NJ et al (1991) ⁹ ROMA I	Dolor abdominal recurrente o persistente o malestar abdominal localizado en el abdomen superior, que se considera relacionado con el tracto digestivo superior. El malestar puede caracterizarse por plenitud posprandial, saciedad temprana, náuseas, vómitos e hinchazón abdominal. El dolor o el malestar pueden estar relacionados con las comidas y pueden ser intermitentes o continuos. Los síntomas derivados de enfermedades no gastroduodenales, tales como la pirosis o el dolor retroesternal, no deben considerarse dispepsia
Johannessen T et al (1993) ¹⁰	Dolor abdominal superior, malestar, pirosis, regurgitación ácida, náuseas, vómitos, saciedad precoz
Crean GP et al (1994) ¹¹	Cualquier forma de dolor o malestar abdominal episódico, recurrente o persistente, u otro síntoma referido al tracto alimentario superior, excepto ictericia o sangrado, de duración igual o superior a un mes
Thompson W (1995) ¹²	Dolor o malestar epigástrico, crónico o recurrente, con una duración superior a 3 meses, que indique úlcera péptica y que no esté causado por reflujo gastroesofágico, síndrome de intestino irritable, cólico biliar o dolor pancreático o esquelético
Talley NJ et al (1999) ¹³ ROMA II	Como ROMA I, salvo que la dispepsia que coexiste con síntomas predominantes de reflujo gastroesofágico no se clasifica como dispepsia
Veldhuyzen van Zanten SJO et al for the Canadian Dyspepsia Working Group (2000) ¹⁴	Complejo de síntomas de dolor o malestar epigástrico que se considera originado en el tracto digestivo superior y puede incluir cualquiera de los siguientes: pirosis, regurgitación ácida, excesiva eructación, aumento de la hinchazón abdominal, náuseas, sensación de digestión anormal o lenta o saciedad precoz

A partir del predominio de síntomas en el patrón clínico se han propuesto 3 subgrupos de dispepsia funcional^{13,18}.

- Tipo ulceroso, donde el dolor es el síntoma dominante, localizado en la parte central del abdomen, habitualmente posprandial y con cierta tendencia al alivio con la ingesta o antiácidos.
- Tipo dismotilidad, donde el malestar principal es la sensación de plenitud, distensión, saciedad temprana o náuseas.
- Tipo inespecífico, donde no se cumplen los criterios previos del tipo ulceroso o dismotilidad.

Alguna limitación en el concepto de dispepsia se refiere a la frecuencia de aparición (4 semanas, 3 meses, el 25% del tiempo durante al menos un mes) y la duración de la clínica (carácter episódico, recurrente, crónico o persistente). Un criterio temporal facilita los límites para la clasificación de la demanda, si bien toda consulta demandada por el paciente e indicativa de un episodio dispéptico conlleva una decisión diagnóstica y terapéutica. En todo caso, el concepto "dispepsia" no es un término utilizado directamente por el paciente, ya que éste describe su malestar de forma variada, muchas veces imprecisa, como "indigestión" o "gastritis"²¹.

Por otro lado, hay cierta dificultad de clasificación (y, por tanto, de evaluación posterior) en los habituales soportes informáticos de consulta clínica (p. ej., programa OMI-AP en atención primaria) que utilizando la CIAP-1 (Clasificación Internacional de Atención Primaria), la rúbrica que engloba la dispepsia (alteración función del estómago, código D87) responde con el mismo código a heterogéneos motivos de consulta (dispepsia, duodenitis, enfermedad estómago —disp/fun—, estenosis pilórica adquirida, gastritis, gastritis aguda, gastritis atrófica, gastritis regional, indigestión, inflamación estómago, dificultad digestión).

Dispepsia: epidemiología

La variabilidad de los datos epidemiológicos refleja el efecto del tipo de definición utilizada (número y tipo de síntomas)¹, de la selección de sujetos objeto de análisis (población general, adultos, grupo de edad específico, pacientes de atención primaria o especializada, po-

blación demandante) y del período de estudio aplicado (3 meses, 6 meses, 1 año, etc.)²². De forma genérica, se admite que es un problema frecuente en las sociedades occidentales, donde, incluso con los criterios estrictos de Roma, al menos 1 de cada 3 adultos ha experimentado dolor o malestar durante un año, aunque sólo 1 de cada 4 sujetos que presentan síntomas solicitan atención médica, y la intervención óptima es controvertida, especialmente ante la dispepsia no investigada²³.

Por otro lado, aunque es difícil determinar la tendencia epidemiológica, la consulta por dispepsia funcional muestra una mayor tasa de frecuentación²⁴. Los motivos por los que un paciente busca atención médica son diversos, y se estima que la gravedad clínica, aunque es un importante factor, no parece ser determinante, y que parámetros sencillos como la frecuencia y el patrón de los síntomas, la edad y el sexo no se muestran como factores pronósticos relevantes¹⁹. En este sentido se ha señalado el mayor peso de la percepción del problema por el paciente o los familiares (temor a una morbilidad importante como úlcera, enfermedad del corazón o cáncer), la accesibilidad del sistema sanitario y los tratamientos no médicos, y el coste generado por la atención clínica; mientras que con menor relevancia se sitúa la interferencia laboral, personal o funcional y la medicalización de los síntomas²⁴. La conclusión es sencilla para todo sistema sanitario: maximizar el diagnóstico diferencial para identificar una morbilidad subyacente mientras se minimiza el coste y los efectos adversos del abordaje clínico terapéutico^{22,25}.

De forma genérica, la prevalencia de la dispepsia en la comunidad oscila entre un 13-48% en la población adulta, con una media del 34%, y varía del 39 al 23% si el ítem de síntomas de reflujo se incluye o no¹⁷. En una reciente revisión, el rango de dispepsia no investigada se ciñe al 10-40% (fig. 1)²⁶, si bien escasos estudios aportan información suficiente para estimar la prevalencia de la dispepsia funcional. Admitiendo una prevalencia global de la dispepsia en atención primaria del 2-7%, en España se ha citado un 23,9% de dispepsia en los últimos 6 meses (a partir de encuesta)²⁷ y una incidencia de alrededor del 8,2%²⁸.

El efecto del factor edad y sexo parece afectar a la estimación de la prevalencia, aunque los datos no son concluyentes. Se ha observado, que a mayor edad, la prevalencia en varones muestra cifras tanto de incremento como descenso, mientras en mujeres se observan datos constantes o de descenso¹. También se ha indicado que las molestias abdominales, las náuseas, la saciedad temprana y la hinchazón posprandial serían más comunes en mujeres,

Lectura rápida



La prevalencia de la dispepsia en la población general oscila entre el 13-48%, con una media del 34% que varía entre el 23-39%, según se incluya o no la clínica de reflujo gastroesofágico.

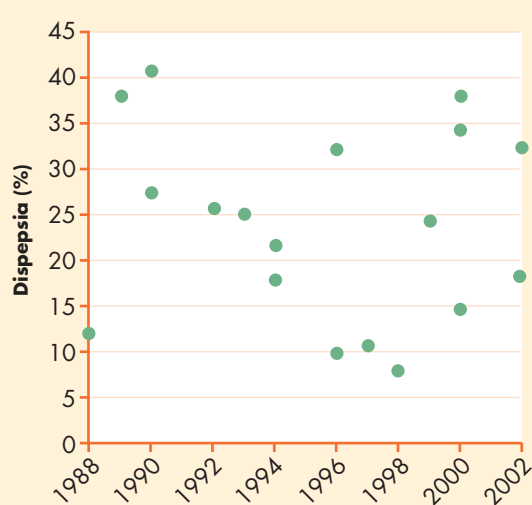
Se admite que al menos 1 de cada 3 adultos refiere dolor o malestar del tracto digestivo superior durante un año, aunque sólo 1 de cada 4 sujetos con clínica positiva solicita atención médica.

El objetivo clínico pretende maximizar el diagnóstico diferencial para identificar una organicidad subyacente mientras se optimiza el coste y los efectos adversos del abordaje clínico terapéutico.

La evaluación clínica mediante estudio endoscópico señala que el diagnóstico de trastorno funcional se aproxima al 50% de los sujetos.

La utilización de subgrupos clínicos de síntomas dominantes (tipo ulceroso dismotilidad o inespecífico) no ha probado, de forma concluyente, su valor de predicción de enfermedad orgánica, y muestra un solapamiento clínico considerable.





(Año)	Autor	País	Muestra	Porcentaje
(1988)	Johnsen et al	Noruega	21.329	12
(1989)	Jones et al	Inglaterra	2.697	38
(1990)	Jones et al	Inglaterra/Escocia	9.936	41
(1990)	Bernersen et al	Noruega	2.027	27,5
(1992)	Talley et al	Estados Unidos	1.021	25,8
(1993)	Drossman et al	Estados Unidos	8.250	25
(1994)	Talley et al	Estados Unidos	2.153	21,8
(1994)	Qay et al	Dinamarca	4.581	19
(1996)	Ágreus et al	Suecia	1.290	32,2
(1996)	Kay et al	Dinamarca	1.119	10
(1997)	Locket et al	Estados Unidos	2.073	10,6
(1998)	Ho et al	Malasia	953	7,9
(1999)	Caballero et al	España	300	23,9
(2000)	Haque et al	Nueva Zelanda	952	34,2
(2000)	Moayyedi et al	Reino Unido	9.262	38
(2000)	Ágreus et al	Suecia	1.422	14,5
(2002)	Westbrook et al	Australia	2.300	32,5
(2002)	Hu et al	China	2.640	18,4

Figura 1. Estudios sobre la prevalencia de la dispepsia no investigada.

Lectura rápida



En la historia natural de la dispepsia son frecuentes los episodios de remisión y exacerbación, con distinto riesgo según la condición subyacente, y se observa una recurrencia anual de hasta el 50% en el caso del cuadro crónico funcional.

Se advierte una amplia utilización de los servicios sanitarios por la población dispéptica, especialmente en atención primaria, lo que afecta a la tasa de frecuentación, el consumo de fármacos y los costes generados.



Tabla 2. Organicidad en la dispepsia¹⁷.

Causas digestivas frecuentes

Úlcera péptica (duodenal, gástrica)

Fármacos (antiinflamatorios no esteroideos, digoxina, teofilina, eritromicina, potasio, hierro, etc.)

Reflujo gastroesofágico

Causas digestivas menos frecuentes

Carcinoma gástrico

Carcinoma esofágico

Colelitiasis

Isquemia mesentérica crónica

Pacientes diabéticos (gastroparesia/dismotilidad)

Pancreatitis crónica

Cáncer de páncreas

Cirugía gástrica

Patología tracto digestivo inferior (p. ej., cáncer de colon)

Obstrucción parcial intestinal

Enfermedad infiltrativa

Enfermedad celíaca

Etc.

Causas no digestivas

Alteraciones metabólicas (uremia, hipotiroidismo, hipocalcemia...)

Síndromes de pared abdominal

mientras que el dolor abdominal, las náuseas y los vómitos decrecerían con la edad¹. La influencia de otros factores (en especial antiinflamatorios no esteroideos, tabaco y alcohol) suele recogerse en las recomendaciones preventivas, aunque de modo similar a los aspectos demográficos, la literatura médica no es concluyente sobre el efecto negativo de su consumo¹.

El objetivo diagnóstico se orienta a identificar la potencial organicidad frente a la funcionalidad, y se indica una extensa relación de causas atribuibles al síndrome dispéptico (tabla 2)¹⁸. La evaluación diagnóstica mediante endoscopia²⁹ muestra como el trastorno funcional asciende al 50-60% de los casos, la enfermedad ulcerosa gastroduodenal, un 15-25%, la esofagitis por reflujo, un 5-15% y en menos del 2%, el cáncer esofágico o gástrico. Una revisión actualizada²⁷ estima la dispepsia funcional en un 12-15% a partir de dispepsia no investigada, sin desestimar la superposición en población general de enfermedades comunes como la enfermedad por reflujo gastroesofágico no erosiva y la dispepsia funcional, donde hasta el 70% de pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) puede corresponder a la categoría de no erosiva o endoscopia negativa³⁰.

En términos de evolución y pronóstico clínico, los datos sobre la dispepsia funcional son escasamente concluyentes y no están exentos de sesgos, en especial ante la inclusión de criterios de reflujo gastroesofágico²⁷. Y, por otro lado, la utilización de patrones clínicos de síntomas predominantes (tipo ulceroso, dismotilidad o inespecífico) no ha probado su valor de predicción de patología orgánica significativa,

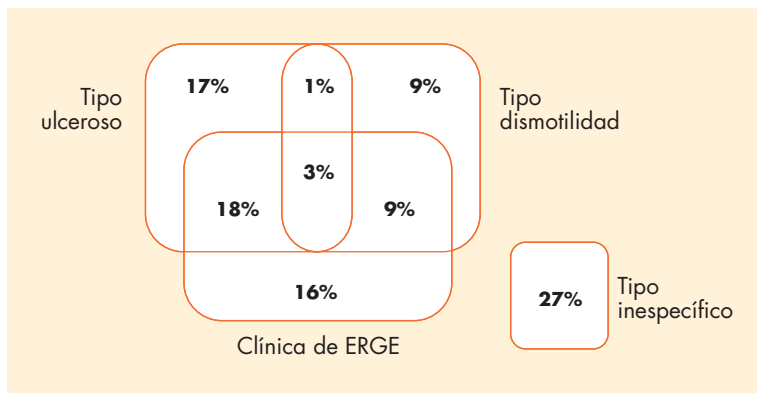


Figura 2. Dispepsia funcional y subgrupos de síntomas³².

Tabla 3. Riesgo de recurrencia clínica en la dispepsia no tratada

Condición	Porcentaje de riesgo anual	Porcentaje de riesgo a lo largo de la vida
Úlcera duodenal (<i>Helicobacter pylori</i> positivo)	15	80
Úlcera duodenal (<i>H. pylori</i> negativo)	1	5
Úlcera gástrica (<i>H. pylori</i> positivo)	5	60
Úlcera gástrica (<i>H. pylori</i> negativo)	1	5
Reflujo (global)	50	80
Dispepsia no ulcerosa (global)	50	-
Dispepsia no ulcerosa (<i>H. pylori</i> positivo)	-	50
Dispepsia no ulcerosa (<i>H. pylori</i> negativo)	-	48

especialmente en atención primaria, y muestra un solapamiento clínico considerable (fig. 2)^{22,31-33}. La dispepsia se acompaña de remisiones y exacerbaciones, y el riesgo se diferencia en función de la condición clínica subyacente (tabla 3)¹⁷. Es llamativa la recurrencia anual de hasta el 50% de los pacientes en el cuadro crónico de carácter funcional. En consecuencia, hay una amplia utilización de servicios sanitarios por parte de la población dispéptica con independencia del país o el ámbito de estudio^{25,34}, aunque los resultados del impacto económico no sea directamente comparable, dada la diversidad de sistemas y costes diagnóstico-terapéuticos entre sí¹⁸.

Bibliografía

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

● Importante ● Muy importante

■ Metaanálisis

■ Epidemiología

1. ● Westbrook JJ, McIntosh JH, Talley NJ. The impact of dyspepsia definition on prevalence estimates: considerations

2. Chiba N. Definitions of dyspepsia: time for reappraisal. *Eur J Surg*. 1998;Suppl 583:14-23.
3. Knill-Jones RP. A formal approach to symptoms in dyspepsia. *Clin Gastroenterol*. 1985;14:517-29.
4. American College of Physicians and Public Policy Committee. Endoscopy in the evaluation of dyspepsia: a position paper. *Ann Intern Med*. 1985;102:266-9.
5. Jones R. Self-care and primary care of dyspepsia: a review. *Fam Pract*. 1987;4:68-77.
6. Colin Jones DG, Bloom B, Bodemar G, et al. Management of dyspepsia: report of a working party. *Lancet*. 1988;1:576-9.
7. Barbara L, Camilleri M, Corinaldesi R, et al. Definition and investigation of dyspepsia: consensus of an international ad hoc working party. *Dig Dis Sci*. 1989;34:1272-6.
8. Heading RC. Definitions of dyspepsia. *Scand J Gastroenterol*. 1991;26 Suppl 182:1-6.
9. Talley NJ, Colin-Jones D, Koch KL, Koch M, Nyren O, Stanghellini V. Functional dyspepsia: a classification with guidelines for diagnosis and management. *Gastroenterol Int*. 1991;4:145-60.
10. Johannessen T, Peterson H, Kristensen P, et al. The intensity and variability of symptoms in dyspepsia. *Scand J Prim Health Care*. 1993;11:50-5.
11. Crean GP, Holden RJ, Knill-Jones RP, et al. A database on dyspepsia. *Gut*. 1994;35:191-200.
12. Thompson W. Dyspepsia: is a trial of therapy appropriate? *Can Med Assoc J*. 1995;153:293-9.
13. ●● Talley NJ, Stanghellini V, Heading RC, et al. Functional gastroduodenal disorders. *Gut*. 1999;45 Suppl II:II37-42.
14. Veldhuyzen van Zanten SJO, Flook N, Chiba N, et al. For the Canadian Dyspepsia Working Group. An evidence-based approach to the management of uninvestigated dyspepsia in the era of *Helicobacter pylori*. *CMAJ*. 2000;162 Suppl 12:3S-23S.
15. Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guidelines. Dyspepsia and GERD. 6.^a ed. 2004 July. [Acceso 15 Sept 2005]. Disponible en: http://www.icsi.org/display_file.asp?FileId=160&title=Dyspepsia%20&c%20GERD.

Bibliografía recomendada

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Dispepsia. Manejo del paciente con dispepsia. Guía de Práctica Clínica. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia 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.

Notable documento que presenta un abordaje muy coherente de la dispepsia en nuestro entorno, participando del programa de elaboración de guías de práctica clínica sobre enfermedades digestivas basadas en la evidencia científica disponible. Técnicamente respeta los criterios del instrumento AGREE y muestra un consenso profesional relevante de las sociedades científicas relacionadas con el soporte metodológico del centro Cochrane Iberoamericano.

El-Serag HB, Talley NJ. Systematic review: The prevalence and clinical course of functional dyspepsia. *Aliment Pharmacol Ther*. 2004;19:643-54.

Actualizada revisión epidemiológica, en términos de prevalencia y curso clínico, de la dispepsia funcional, de sencilla exposición y fácil interpretación, que describe un mayor rigor en la metodología de selección de estudios que la literatura médica precedente.

Bibliografía recomendada

National Institute for Health and Clinical Excellence. Dyspepsia. Managing dyspepsia in adults in primary care. Clinical Guideline 17. 2004 August. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/pdf/CG017NICEguideline.pdf>

Además de la exigente revisión del problema, se presenta como la guía de práctica de más reciente actualización técnica, por lo que el documento del NICE responde con suficiencia a una interesante lectura. Muestra una perspectiva de abordaje asistencial con matices distintos a España y suscita, consecuentemente, la reflexión sobre la idoneidad de determinadas actuaciones.

Talley NJ, Vakil N, Delaney B, et al. Management issues in dyspepsia: current consensus and controversies. Scand J Gastroenterol. 2004;39:913-8.

Un repaso sintético y conciso sobre ciertos puntos críticos del abordaje de la dispepsia, con una orientación práctica hacia el ámbito de la atención primaria, y redactado con simplicidad en forma de cuestiones clave.

16. ●● Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Dyspepsia: a national clinical guideline. Guideline n.º 68. 2003 March. [Acceso 15 Sept 2005]. Disponible en: <http://www.sign.sc.uk/pdf/sign68.pdf>.
17. ● National Institute for Health and Clinical Excellence. Dyspepsia. Managing dyspepsia in adults in primary care. Clinical Guideline 17. 2004 August. [Acceso 15 Sept 2005]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/pdf/CG017NICEguideline.pdf>
18. ●● Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Dispepsia. Manejo del paciente con dispepsia. Guía de Práctica Clínica. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia 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.
19. Bytzer P. Diagnostic approach to dyspepsia. Baillieres Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2004;18:681-93.
20. Duggan A. Management of dyspepsia at the beginning of the twenty-first century. Intern Med J. 2003;33:604-9.
21. Malagelada JR. Review article: the continuing dilemma of dyspepsia. Aliment Pharmacol Ther. 2001;15 Suppl 1:6-9.
22. Agréus L. Natural history of dyspepsia. Gut. 2002;50 Suppl IV:iv2-iv9.
23. Thijs JC, Arents NLA, Van Zwet AA, Kleibeuker JH. Dyspepsia management in primary care. Scand J Gastroenterol. 2003;239:44-50.
24. Logan R, Delaney B. Implications of dyspepsia for the NHS. BMJ. 2001;323:675-7.
25. ● Talley NJ, Vakil N, Delaney B, et al. Management issues in Dyspepsia: current consensus and controversies. Scand J Gastroenterol. 2004;39:913-8.
26. ●● El-Serag HB, Talley NJ. Systematic review: the prevalence and clinical course of functional dyspepsia. Aliment Pharmacol Ther. 2004;19:643-54.
27. Caballero Plasencia AM, Sofos Kontoyannis S, Martin Ruiz JL, Valenzuela Barranco M. La prevalencia de la dispepsia en España. Med Clin (Barc). 1994;103:717.
28. Turabian JL, Gutiérrez V. Variaciones en la frecuencia de las enfermedades crónicas y los factores de riesgo en atención primaria: 1985-1995. Aten Primaria. 1996;18:65-9.
29. Talley NJ, Silverstein MC, Agréus L, et al. AGA technical review: evaluation of dyspepsia. American Gastroenterological Association. Gastroenterology. 1998;114:582-95.
30. Quigley E. Functional dyspepsia (FD) and non-erosive reflux disease (NERD): overlapping or discrete entities? Baillieres Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2004;18:695-706.
31. Talley NJ, Zinsmeister AR, Schleck CD, et al. Dyspepsia and dyspepsia subgroups: a population-based study. Gastroenterology. 1992;102:1259-68.
32. Agréus L. The epidemiology of functional gastrointestinal disorders. Eur J Surg. 1998; Suppl 583:60-6.
33. Talley NJ, Phung N, Kalantar JS. Indigestion: when is it functional? BMJ. 2001;323:1294-7.
34. Moayyedi P, Mason J. Clinical and economic consequences of dyspepsia in the community. Gut. 2002;50 Suppl 4:iv10-2.