

ARTÍCULO ORIGINAL

Dispepsia funcional: caracterización clínico epidemiológica y endoscópica

Functional dyspepsia: clinical-epidemiological and endoscopic characterization

Marta María Morera Negre¹, Medardo Rodríguez López²

¹Especialista en Gastroenterología. Máster en Longevidad Satisfactoria. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río. Correo electrónico: morera@princesa.pri.sld.cu

²DrC. Máster en Salud Pública. Licenciado en Enfermería. Profesor Auxiliar. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río. Correo electrónico: roy@princesa.pri.sld.cu

Recibido: 3 de octubre 2013.

Aprobado: 4 de septiembre 2014.

RESUMEN

Introducción: dispepsia proviene del vocablo griego *dys* que significa malo o difícil y *pepto cocer* o digerir (mala digestión). Es muy frecuente en este medio, afectando a una cuarta parte de la población mundial.

Objetivo: caracterizar los aspectos clínicos, epidemiológicos y endoscópicos de la dispepsia funcional en el tractus digestivo superior, en pacientes atendidos en el Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado" de Pinar del Río en el año 2013.

Material y método: se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y longitudinal. El universo estuvo constituido por los 2100 pacientes, se seleccionaron como muestra de forma intencional 730 pacientes que cumplieran los criterios de Roma III.

Resultados: la incidencia de la dispepsia funcional fue mayor en el sexo femenino y en los grupos de edades entre 47-65 y 56-64 respectivamente con un 24.6% y un 18.4%, predominando sobre el sexo masculino, entre la cuarta y quinta década de vida. La infección por *Helicobacter pylori* y los hábitos tóxicos como factores de riesgo predominaron en el sexo masculino, mientras que en el femenino fueron los AINES con un 41%. Los síntomas más frecuentes fueron: plenitud postprandial con un 23%, saciedad precoz en un 16,4%, hinchazón abdominal con un 14,7%. No existió correlación entre los síntomas y resultados endoscópicos y sí entre los síntomas e infección por *Helicobacter pylori*.

Conclusiones: se constató la preponderancia de pacientes entre la cuarta y quinta década de vida, con mayor frecuencia en el sexo femenino y la presencia de la infección por *Helicobacter pylori*.

DeCS: Dispepsia; Epidemiología.

ABSTRACT

Introduction: "dyspepsia" comes from the Greek "dys" meaning bad or hard and "pepto" meaning cook or digest (bad digestion). It is very frequent in this environment and thus affects one fourth of the world population.

Objective: to characterize the clinical, epidemiological and endoscopic aspects of functional dyspepsia in the upper digestive tract, in patients attending Abel Santamaría Cuadrado General Teaching Hospital of Pinar del Río, year 2013.

Method: a descriptive, prospective, longitudinal study was performed. The target group was made up of the 2100 patients, choosing intentionally as the sample 730 patients applying to Roma III criteria.

Results: the incidence of functional dyspepsia was higher in the female sex and in the age group 47-65 and 56-64 years old, respectively, with a 24.6% and an 18.4%, predominating over the male sex, between the fourth and the fifth decade. *Helicobacter pylori* infection and toxic habits as risk factors predominated in the male sex, while in the female sex were the consumption of non-steroidal anti-inflammatory with a 41%. The most frequent symptoms were: postprandial fullness (23%), early satiety (16.4%), and abdominal distention (14.7%). There were no correlation among the endoscopic symptoms and results but there did were among the symptoms and the *Helicobacter pylori* infection.

Conclusions: we noted the preponderance of patients between the fourth and fifth decade of life, with the highest frequency in the female sex and the presence of *Helicobacter pylori* infection.

DeCS: Dyspepsia; Epidemiology.

INTRODUCCIÓN

Dispepsia proviene de vocablo griego dys, que significa malo o difícil y *pepto cocer* o digerir (mala digestión).¹ Se define dispepsia cualquier dolor o molestia localizada en la parte central de la mitad superior del abdomen. Las molestias pueden consistir en una sensación de plenitud epigástrica, saciedad temprana o náuseas. Considerando que estos síntomas hayan ocurrido durante las últimas 12 semanas, en los últimos 12 meses, con presencia de dispepsia y ausencia de enfermedad

orgánica, sin evidencias de que se alivia con la defecación o se asocia a cambios en la frecuencia o consistencia de las deposiciones: criterios *Roma II* (1999). Es una de las enfermedades digestivas más frecuente en Cuba, afectando a una cuarta parte de la población mundial. Estudios efectuados en Norteamérica, Europa y Australia, muestran la tasa anual de prevalencia de dispepsia funcional, es de alrededor de un 50%, en el transcurso de un período de 3 a 12 meses. Ha sido un tema controversial entre avezados del tema. Es de difícil diagnóstico y tratamiento.¹⁻⁴

Los criterios *Roma II*, fueron utilizados por mucho tiempo y apareciendo ciertas limitaciones de estos, para hacer el diagnóstico de dispepsia en los pacientes y se fueron incorporando más conocimientos, por lo que fueron mejorando y nacieron los criterios *Roma III*; estos definen a la dispepsia como cualquier dolor o molestia localizada en la parte central del abdomen superior molestia (o "discomfort") se refiere a una sensación negativa no dolorosa tal como hinchazón abdominal, saciedad precoz, distensión o náusea. Los síntomas pueden ser continuos o intermitentes, y estar relacionados o no con la ingesta de alimentos. El dolor o molestia debe de localizarse próximo a la línea media abdominal, por lo que el dolor en el hipocondrio derecho o izquierdo no se considera característico de la dispepsia, la pirosis tampoco se considera parte de la dispepsia, esta es específica de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Se presenta en dos categorías: síndrome distrés postprandial, que presenta los siguientes síntomas: plenitud, saciedad temprana o precoz, dolor en epigastrio, ardor, náuseas postprandial, eructos excesivos, (debe de estar presente uno o más de los síntomas) y síndrome del dolor en epigastrio (puede coexistir con el síndrome postprandial).⁵⁻⁷

Los síntomas deben haber aparecido durante las últimas 4 semanas, en los últimos 12 meses, esto lo hace menos restrictivos. Estos pacientes no presentan lesiones desde el punto de vista endoscópico, y el tratamiento es difícil así como el diagnóstico, que es de exclusión, por lo que es necesario realizarle la endoscopia digestiva superior a todos, los pacientes que presenten dispepsia, para así agruparlos según la clasificación de dispepsia, para el manejo de la enfermedad en: dispepsia orgánica, funcional y no investigada.⁵

El *objetivo* esencial de este trabajo persigue caracterizar los aspectos clínicos, epidemiológicos y endoscópicos de la dispepsia funcional, en los pacientes atendidos en el Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado" de Pinar del Río utilizando los criterios de *Roma III*.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y longitudinal a fin de caracterizar los aspectos clínicos, epidemiológicos y endoscópicos de la dispepsia funcional en el tractus digestivo superior, utilizando los criterios diagnósticos *Roma III* al grupo de estudio seleccionado.

El *universo* estuvo constituido por los 2100 pacientes mayores de 20 años de ambos sexos, con síntomas y signos sugestivos de trastornos. La *muestra* la conformaron los 730 pacientes que reunían los criterios de inclusión, entre los que se tuvo en cuenta: pacientes mayores de 20 años, que cumplieron con los criterios de *Roma III*, que no presentaron alteraciones en el estudio endoscópico a nivel del tractus digestivo superior, con antecedentes de síntomas dispépticos, y con consentimiento informado del paciente para participar en la investigación.

Los *criterios de exclusión*: los pacientes que no estuvieron de acuerdo en participar en el estudio, con antecedentes de procesos tumorales y antecedentes de dispepsia orgánica, así como las embarazadas.

Se tuvo en cuenta como método teórico, el histórico lógico, empíricos (encuesta, observación), estadísticos (estadística descriptiva) y el método dialéctico materialista como método general, la información se procesó en una microcomputadora HP y los resultados se llevaron a tablas y gráficos para su mejor estudio y comprensión. Se respetaron los aspectos éticos para las investigaciones y el consentimiento informado de los pacientes.

RESULTADOS

La dispepsia constituye una de las causas más frecuentes de asistencia a consultas. La endoscopia digestiva superior permite discernir entre patologías orgánicas y funcionales, lo que permitió hacer un mejor diagnóstico en pacientes objeto de estudio.

Se muestra la incidencia de la dispepsia con relación a la edad y el sexo, donde se puede apreciar un predominio de pacientes entre la cuarta y quinta década de vida y del sexo femenino sobre el masculino con un 24.6% y un 18.4% respectivamente. (Tabla 1)

Tabla 1. Distribución de pacientes de acuerdo a la edad y el sexo. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río. 2013.

Edad	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
20-28	7	0,9	26	3,5	33	4,5
29-37	9	1,2	28	3,8	37	5
38-46	35	4,7	65	8,9	100	13,6
47-55	87	11,9	180	24,6	267	36,5
56-64	70	9,5	135	18,4	205	28
65 años y más	32	4,3	56	7,6	88	12
Total	240	32,8	490	67,1	730	100

Los factores de riesgo más frecuentes en el sexo masculino fueron: la infección por el *Helicobacter pylori* con un 21,9% y los hábitos tóxicos con un 16,4%, mientras que en el sexo femenino predominaron los AINES con un 41%. (Tabla 2)

Tabla 2. Factores de riesgo encontrados en el grupo de estudio.

Factores de riesgo	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Infección por <i>Helicobacter P</i>	160	21,9	80	10,9	240	32,8
Hábitos tóxicos	120	16,4	95	13	215	29,4
AINES	80	10,9	300	41	275	37,6
Total	360	49,3	475	65	730	100

En cuanto a los síntomas de distrés postprandial representados deja a las claras la preponderancia del sexo femenino sobre el masculino, destacándose en orden de frecuencia la: plenitud postprandial con un 23%, la saciedad precoz en un 16,4% y la hinchazón abdominal con un 14,7%, mientras que en el sexo masculino se comportó de la siguiente forma: plenitud postprandial 13,9%, la saciedad precoz 11,5%, y la hinchazón abdominal con un 10,1%. (Tabla 3.)

Tabla 3. Síntomas del síndrome de distrés postprandial en el grupo de estudio.

Síntomas	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Plenitud postprandial	102	13,9	168	23,0	270	36,9
Saciedad	84	11,5	120	16,4	204	27,9
Hinchazón	74	10,1	108	14,7	182	24,9
Náuseas postprandiales	34	4,6	40	5,4	74	10,1
Total	294	40,2	436	59,7	730	100

En cuanto a la correlación entre los síntomas presentados en los pacientes estudiados y los resultados endoscópicos se pudo apreciar que a pesar de ser normal los resultados de la endoscopia, existía presencia de *Helicobacter pylori*. (Tabla 4)

Tabla 4. Correlación de los síntomas, resultados endoscópicos e infección por *Helicobacter pylori*.

Síntomas	Resultados endoscópicos	Presencia de HP
Plenitud Postprandial	Normal	Positivo
Saciedad	Normal	Positivo
Hinchazón	Normal	Positivo
Náuseas Postprandiales	Normal	Positivo

DISCUSIÓN

Realmente no se ha establecido un rango de edad de aparición en la dispepsia, pudiendo aparecer a cualquier edad de la vida del paciente, principalmente en la edad adulta, donde influye de manera significativa los estilos de vida y dentro de ellos una cultura alimentaría adecuada, no beber agua hervida y hábitos tóxicos entre otros, favoreciendo la aparición de enfermedades que en una gran mayoría no son tratadas por especialistas, por no acudir oportunamente a los servicios sanitarios, automedicándose de forma independiente.^{2,3}

En el presente estudio se pudo constatar que la dispepsia se ve con mayor frecuencia en el sexo femenino en las edades entre la cuarta y quinta década de la vida, como consecuencia de lo anteriormente explicado y teniendo en cuenta que la mujer cubana está sometida a un grandes situaciones de estrés, tanto desde el punto de vista social, como en el seno familiar y las responsabilidades colaterales que desempeña, lo que sin duda hacen que tenga una sobrecarga de actividades que la hacen vulnerable a este tipo de enfermedades, favoreciendo aún más la aparición de diferentes síntomas ya sean digestivos u otros, y toman como conducta la automedicación, sin consultar al médico.^{2,3}

Con relación a ello las estadísticas plantean que alrededor del 50% de los pacientes con sintomatología compatible con la enfermedad no asisten al médico y optan por la automedicación, apareado a la vez las reacciones adversas lo trae consigo el empeoramiento de su salud. Otros estudios realizados por diferentes autores coinciden con los resultados obtenidos en el que se muestra.^{5,6,8}

Se pudo apreciar en la tabla 2 que los factores de riesgo que predominaron fueron: la infección por el *Helicobacter pilory* con un 21,9%, los hábitos tóxicos con un 16,4% en el sexo masculino.

La infección por *Helicobacter pilory* está dada por beber agua no hervida contaminada por dicha bacteria, esta es capaz de vivir en un medio ácido y de producir lesiones a nivel de la mucosa gástrica y cambios histológicos,

desencadenando una serie de síntomas en estos pacientes, los que pueden llegar a padecer una dispepsia de causa orgánica.^{6,10}

En otros casos no producen ningún tipo de alteraciones, pero es capaz de producir síntomas como es en el caso de la dispepsia funcional, en el presente estudio no se encontraron lesiones de la mucosa ni cambios histológicos, sólo la presencia de la bacteria antes mencionada y los síntomas propios de la dispepsia funcional como son: plenitud postprandial, distensión abdominal, saciedad temprana, en este caso no se coincidió con otros estudios realizados por entendidos en la especialidad.¹¹⁻¹³

Cada día la población es más adicta al café, cigarro y a la ingestión de alcohol, condicionado por una serie de factores que favorecen dicho hábito y al estrés al que se encuentran sometidos un alto porcentaje de la población. Lo que sin duda aparejado a la nueva tecnología y el desarrollo vertiginoso del mundo se ha ido incrementando en los últimos años, lo que sin duda ha contribuido a afectar el sistema digestivo y sobre todo en el sexo masculino, que es el más expuesto a estos cambios.

Los estilos de vida como uno de los determinantes de salud de la población también juegan un rol fundamental en el control de la enfermedad, por ejemplo el consumo de alcohol y el tabaquismo son hábitos tóxicos, su consumo inhibe las prostaglandinas, altera el vaciamiento gástrico y disminuye la producción de óxido nítrico contribuyendo a un trastorno en la digestión de los alimentos y absorción de los nutrientes como tal.¹³

El consumo de *AINES* representado con un 41% en el sexo femenino y un 10,9% en el masculino, dado por el abuso de la ingestión de fármacos, se considera que la mayoría de los pacientes se automedican por presentar dolores óseos y musculares, no acudiendo oportunamente al médico por el exceso de trabajo entre otras causas, lo que limita la asistencia a las consultas medicas, dando lugar a la automedicación.

Existen otras causas que influyen negativamente como: temor al diagnóstico, falta de apoyo de la familia, así como el bajo nivel sociocultural en un menor porcentaje de los casos, coincidiendo en resultados encontrados por otros autores.¹⁴

La etiología de los síntomas dispépticos es motivo de debate, no se ha logrado establecer una correlación entre ellos y las alteraciones funcionales que se producen, en este estudio aparece la plenitud postprandial con un 23%, seguida de la saciedad precoz con un 16,4%, y con un 14,7% la hinchazón abdominal correspondientes al sexo femenino, coincidiendo con el estudio de otros.^{7,15} Estos síntomas están dados por el retardo en el vaciamiento gástrico, ya que es insuficiente el trabajo neuromuscular gástrico, en respuesta a la comida ingerida, en estos casos los pacientes refieren una sensación severa de plenitud postprandial.

También se producen alteraciones en la acomodación gástrica, en estos pacientes existe una distribución temprana de los alimentos en la parte distal del estómago con dilatación del antro, como resultado de la distensión brusca del antro, produciéndose una dispepsia postprandial, este llenado temprano del antro produce saciedad gástrica e hinchazón abdominal, estas alteraciones encontradas en este estudio coinciden con estudios realizados por diferentes autores.^{12, 13, 16,17}

Los criterios de *Roma III* deben de estar presente en uno o más síntomas durante las últimas 4 semanas, en los últimos 12 meses, para hacer el diagnóstico de dispepsia funcional. El estudio arrojó los siguientes síntomas: plenitud postprandial, saciedad precoz, hinchazón abdominal correspondientes al síndrome de distrés

postprandial. Se le realizó endoscopia digestiva alta a todos los pacientes con síntomas de dispepsia funcional, no se encontraron lesiones a nivel de la mucosa (esofágica, gástrica y duodenal) confirmándose que la dispepsia funcional no presenta alteraciones orgánicas, estos resultados son similares a otros estudios realizados por otros autores.^{17, 19}

Es significativo la presencia de la bacteria *Helicobacter pylori* en todos los pacientes estudiados, se le realizó la endoscopia digestiva alta con muestra de biopsia gástrica, para determinar la misma, esta bacteria está muy asociada a la dispepsia funcional sin producir obligatoriamente alteraciones de la mucosa gástrica, la cual es responsable de muchos de los síntomas que presentan los pacientes tanto en la dispepsia de causa funcional como orgánica, otros autores estudiosos del tema coinciden con los resultados encontrados en el presente estudio y otros difieren del mismo.^{6, 7, 19}

Se constató que la dispepsia continúa siendo una enfermedad que afecta a un gran número de pacientes entre la cuarta y quinta década de vida, con mayor frecuencia en el sexo femenino, no existe correlación entre los síntomas y resultados endoscópicos y sí entre los síntomas e infección por *Helicobacter pylori*.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mearin F. Dispepsia funcional. Rev Gastroenterol Mex. 2010; 75 (Supl. 2):19-24.
2. España. Grupo SANED. El manejo de La dispepsia funcional. Madrid: Grupo SANED; 2011.
3. Vanheel H, Vicario M, Vanuytsel T, Van Oudenhove L, Martinez C, Keita AV, Pardon N, Santos J, Soderholm JD, Tack J, Farre R. Impaired duodenal mucosal integrity and low-grade inflammation in functional dyspepsia. Gut. 2013 Mar 8.
4. Lacy BE. Tratamiento la Dispepsia Funcional: ¿Cuáles son sus opciones? [Internet]. USA: International Foundation for Functional Gastrointestinal Disorders, Inc; 2014.
5. Mearin F, Calleja JL. Definiendo la dispepsia funcional. Rev. esp. enferm. dig. 2011 Dic; 103(12): 640-647.
6. Ruiz Domínguez R, Gonzáles Gallegos M, Huanca Poma A. Mejoría de los síntomas de dispepsia funcional luego de la erradicación del helicobacter pylori. Rev Méd La Paz. 2012; 18(2): [aprox. 12 p.].
7. Castillo Escalante A. Dispepsia funcional [Internet]. New York: Scribd Inc; 2014.
8. Bixquert Jiménez M. Dispepsia funcional. Rev. esp. enferm. dig. 2004 Jun; 96(6): 427-427.
9. González-Carbajal PM, Concepción Izaguirre L. Helicobacter pylori y dispepsia, un problema de salud comunitario. Rev Cubana Med Gen Integr. 2002 Jun; 18(3): 207-212.
10. Parrilla M, López MV, Valls O. Atlas de ecocitopatología diagnóstica en las lesiones abdominales. Ciudad de la Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2010.

11. Calle Hinojosa G, Andrade Zamora D, Jiménez Larriva D, Quevedo Quinteros J. Dispepsia. Revista Médica HJCA. 2014; 6(1): [aprox. 12 p.].
12. Benites Goñi HE, Cok García J, Bussalleu Cavero A, Bustamente Robles KY, Zegarra Chang A, Bravo E, Bussalleu Rivera A. Evaluación del efecto de la *Lepidium meyenii* "Maca" en la mucosa gástrica en pacientes con dispepsia funcional [Internet]. Rev Gastroenterol Peru. 2014; 34(1):39-43.
13. Piñol F. Hormonas y neuropéptidos. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009.
14. Tobón S, Sandín B, Vinaccia S, Núñez Rojas AC. La dispepsia funcional: aspectos biopsicosociales, evaluación y terapia psicológica. Suma Psicológica 2008; 15(1): 15199-216.
15. Ferrándiz Santos JA. Dispepsia funcional[Internet]. En: Guía de práctica clínica. Manejo de paciente con dispepsia. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2012: 60.
16. Llanio Navarro R. Gastroenterología: Principios básicos y pruebas diagnósticas. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1991.
17. Álvarez Sánchez A. Actualización en el tratamiento de la dispepsia funcional [Internet]. Madrid: XXVII Simposium de Biorregulación, Inmunidad y patologías prevalentes; 2013.
18. Gisbert JP, Calvet Calvo X, Ferrándiz Santos J, Mascort Roca JJ, Alonso Coello P, Marzo Castillejo M. Manejo del paciente con dispepsia. Guía de práctica clínica. Elsevier. Diciembre 2012; 44(12).
19. Rozman P. Farrera-Rozman Principios de Medicina Interna. 13ma ed, t-1. Ciudad de la Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2011:43-392.

Dra. Marta María Morera Negre. Especialista en Gastroenterología. Máster en Longevidad Satisfactoria. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río. Correo electrónico: morera@princesa.pri.sld.cu