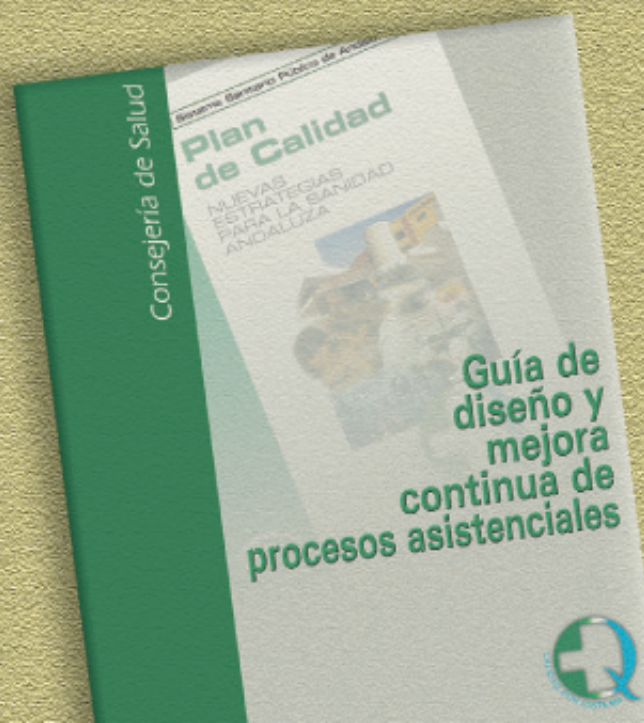


PROCESO  
PROCESO  
ASISTENCIAL  
ASISTENCIAL  
INTEGRADO  
INTEGRADO

# DISPEPSIA







# PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO

**DISPEPSIA**



DISPEPSIA : proceso asistencial integrado  
. — [Sevilla] : Consejería de Salud, [2003]  
127 p. ; 24 cm  
ISBN 84-8486-095-7  
1. Dispepsia 2. Calidad de la atención de  
salud 3. Andalucía I. Andalucía. Consejería de  
Salud  
WI 145

**DISPEPSIA**

**Edita:** Consejería de Salud

**Depósito Legal:** SE-129-2003

**ISBN:** 84-8486-095-7

**Maquetación:** PDF-Sur s.c.a.

**Coordinación y producción:** Coande, S. L.

# Presentación

Con la configuración del Mapa de Procesos Asistenciales Integrados del Sistema Sanitario Público de Andalucía, y con el objetivo común de ofertar a los ciudadanos andaluces unos servicios sanitarios de alta calidad, hemos iniciado un camino que esperamos sea de estímulo para todos los profesionales implicados.

La Gestión por Procesos es una herramienta con la que se analizan los diversos componentes que intervienen en la prestación sanitaria, para ordenar los diferentes flujos de trabajo de la misma, integrar el conocimiento actualizado y procurar cierto énfasis en los resultados obtenidos, teniendo en cuenta las expectativas que tienen los ciudadanos y profesionales, e intentando disminuir la variabilidad de las actuaciones de estos últimos hasta lograr un grado de homogeneidad razonable.

Se trata, pues, de impulsar un cambio en la organización basado en la fuerte implicación de los profesionales y en su capacidad de introducir la idea de mejora continua de la calidad, y de llevarlo a cabo desde un enfoque centrado en el usuario.

Cuando nos referimos a la gestión por procesos en Andalucía estamos aludiendo a un abordaje integral de cada uno de ellos - incluidos en el Mapa que se ha definido- y ello conlleva el reanálisis de las actuaciones desde que el paciente demanda una asistencia hasta que ésta termina. En este contexto, la continuidad asistencial y la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales se convierten en elementos esenciales.

Cada uno de los libros que se presentan recoge el fruto del importante esfuerzo que han realizado la organización sanitaria pública de Andalucía y, en especial, los profesionales que prestan la asistencia, por analizar cómo se están haciendo las cosas y, sobre todo, cómo deberían hacerse, creando una propuesta de cambio razonable, coherente, innovadora y abierta para el Sistema Sanitario Público de nuestra Comunidad Autónoma.

Por todo ello, queremos expresar nuestro más profundo agradecimiento al numeroso grupo de profesionales que han hecho posible que podamos contar con un Mapa de Procesos del Sistema Sanitario de Andalucía, que iremos desarrollando e implantando de forma progresiva, y que será, sin duda, el referente para instaurar una mejor práctica asistencial y avanzar en la idea de mejora continua de la calidad en nuestras organizaciones sanitarias.

Antonio Torres Olivera  
Director General de Organización de Procesos y Formación





## **EQUIPO DE TRABAJO**

María Ángeles Tarilonte Delgado (Coordinadora); Francisco Javier Casado Caballero; Ángel Caunedo Álvarez; Francisco Domínguez Abascal; Juan Manuel Fernández Vilches; Juan Antonio Guerra de Hoyos; Antonio Manteca González; Andrés Moreno Corredor; Francisco Salamanca Poyatos.

## **COLABORADOR**

Juan José Fernández de Velasco Galán.





# Índice

---

<b>1. INTRODUCCION.....</b>	<b>11</b>
<b>2. DEFINICIÓN GLOBAL .....</b>	<b>15</b>
<b>3. DESTINATARIOS Y OBJETIVOS .....</b>	<b>17</b>
Destinatarios y expectativas .....	17
Objetivos. Flujos de salida. Características de calidad .....	22
<b>4. COMPONENTES .....</b>	<b>27</b>
Descripción general .....	27
Profesionales. Actividades. Características de calidad .....	21
Recursos. Características generales y requisitos .....	37
Unidades de soporte .....	38
<b>5. SUBPROCESO DISPEPSIA FUNCIONAL .....</b>	<b>39</b>
Definición global .....	39
Profesionales. Actividades. Características de calidad .....	40
<b>6. SUBPROCESO ÚLCERA GÁSTRICA.....</b>	<b>47</b>
Definición global .....	47
Profesionales. Actividades. Características de calidad .....	48
<b>7. SUBPROCESO ÚLCERA DUODENAL .....</b>	<b>53</b>
Definición global .....	53
Profesionales. Actividades. Características de calidad .....	54
<b>8. SUBPROCESO ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO (ERGE)...</b>	<b>59</b>
Definición global .....	59
Profesionales. Actividades. Características de calidad .....	60
<b>Competencias profesionales</b> (comunes a todos los subprocesos) .....	64
<b>9. REPRESENTACIÓN GRÁFICA .....</b>	<b>77</b>
Diagramas de flujo .....	78
<b>10. INDICADORES .....</b>	<b>87</b>

## **11. APÉNDICES**

Apéndice 1: Dispepsia y gastropatía por AINEs.....	89
Apéndice 2: Dispepsia en la embarazada .....	95

### **Anexos**

Anexo 1 Sobre la dispepsia .....	97
Anexo 2 Sobre la dispepsia funcional .....	99
Anexo 3 Sobre la úlcera gástrica .....	111
Anexo 4 Sobre la úlcera duodenal.....	113
Anexo 5 Sobre la enfermedad por reflujo gastroesofágico.....	115

<b>Abreviaturas .....</b>	<b>117</b>
---------------------------	------------

<b>Bibliografía .....</b>	<b>119</b>
---------------------------	------------

# 1 INTRODUCCIÓN

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, en el marco del Plan de Calidad, ha puesto en marcha el desarrollo de la Gestión por Procesos Asistenciales Integrados, cuya finalidad es ofrecer respuestas adecuadas a las expectativas sanitarias de los ciudadanos, mediante una utilización más efectiva de los recursos disponibles, con la implicación de todos los profesionales y una estrategia de mejora continua en las actividades que se realizan.

La atención sanitaria por niveles, Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE), ha convivido con escasa coordinación y no pocas ineficiencias, entre otras cuestiones, como resultado de una compleja organización.

Precisamente, la Gestión por Procesos Asistenciales Integrados trata de dar solución a esta problemática, reconociendo las actuaciones en los diferentes niveles asistenciales orientados hacia la continuidad y la coordinación, y teniendo en cuenta al paciente en su integridad.

Abordar el Proceso Dispepsia supone conocer, ordenar y protocolizar la mitad de la patología digestiva. Basta con leer la definición internacionalmente aceptada de dispepsia para hacernos una idea del campo tan amplio que se nos abre, pues puede dar cabida a cualquier trastorno referido al tracto digestivo superior. El tema se complica si consideramos que la prevalencia de la dispepsia en la población general es aproximadamente de un 30%, y afecta principalmente al grupo de edad entre 30 y 50 años.

Una serie de factores hace que las consultas por problemas dispépticos hayan aumentado y se prevé que sigan en la misma línea en los próximos años. Por un lado, la mejora

de las condiciones socioeconómicas, que conlleva una mayor preocupación por los trastornos sintomáticos que afectan a la calidad de vida; y, por otro, los avances en el tratamiento de la enfermedad úlcero-péptica que se han producido en los últimos veinticinco años. En cualquier caso, ante un paciente que refiere síntomas dispépticos, nuestra principal preocupación será encontrar la causa de los mismos, con el fin de poder prescribir un tratamiento racional que los elimine.

La conducta que adopte el Médico de Familia es fundamental, ya que la AP es la principal puerta de entrada al Sistema Sanitario de los pacientes con síntomas dispépticos. Utilizando los criterios internacionales aceptados, son muchos los estudios de la literatura (revisión sistemática de la Cochrane Library del año 2001) que confirman la necesidad de realizar una historia clínica exhaustiva y una exploración física donde descartemos a pacientes con síntomas de alarma (anemia, síntomas constitucionales, síntomas severos, edad mayor de 45 años), y que precisarán de un estudio mediante endoscopia en un plazo inferior a 7 días; en el resto de los pacientes, se ensayará un tratamiento empírico, asociado a consejos en el estilo de vida y a una explicación razonable, dada la benignidad de la sintomatología, lo que puede resolver un gran número de casos.

La investigación mediante endoscopia es la actitud más segura y eficaz en el paciente dispéptico para descartar una causa orgánica, constituyendo el patrón-oro para el estudio de la dispepsia; sin embargo, la alta prevalencia de la dispepsia en la población general, el alto coste de la endoscopia, el hecho de ser una prueba molesta y no exenta de riesgos, y la saturación de los servicios de endoscopia, hacen aconsejable establecer otras estrategias de manejo, que eviten la endoscopia como primera medida.

En muchos casos, la necesidad de la endoscopia es el único motivo por el que se deriva al Digestivo a un paciente, que podría ser correctamente seguido y tratado por el Médico de Familia, si éste conociera el resultado de la prueba.

El Proceso Dispepsia pasa por facilitar al Médico de Familia la solicitud de la endoscopia y la prescripción del test del aliento, pues así se disminuiría considerablemente el número de derivaciones a Atención Especializada, y se agilizaría el proceso diagnóstico-terapéutico. Por tanto, será preciso establecer los medios y cauces necesarios para que la endoscopia pueda estar entre las peticiones disponibles en el Centro de Salud, siempre dentro de las indicaciones protocolizadas.

El Proceso Dispepsia se ha realizado adecuándose a la realidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía, con pautas de actuación basadas en la mejor evidencia disponible: guías de práctica clínica, meta-análisis, revisiones sistemáticas, revisiones convencionales, ensayos clínicos controlados, análisis coste-efectividad, validación de pruebas diagnósticas y estudios observacionales, según se indica en las referencias bibliográficas.

Gracias a las nuevas tecnologías (revistas y libros virtuales, bases de datos *on-line* o en CD-ROM), las publicaciones científicas están actualizadas; sin embargo, esa misma rapidez en su puesta al día tiene como contrapartida que cualquier publicación queda pronto desfasada; por ello, el Proceso Dispepsia requerirá actualizaciones periódicas que incorporen la mejor evidencia disponible; pero es fundamental tener un soporte sobre el que trabajar en la práctica diaria, con pautas de actuación donde la variabilidad interprofesional sea mínima.

El Proceso Dispepsia se ha desarrollado de forma global, incluyendo los Subprocesos: Dispepsia Funcional, Úlcera Gástrica, Úlcera Duodenal, Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico, y dos Apéndices: Gastropatía por antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y Dispepsia en la embarazada, debido a su frecuencia y a la variabilidad interprofesional.

El descubrimiento del papel patogénico del *Helicobáctter pylori* (*Hp*) en la patología digestiva ha hecho inevitable que se le intente relacionar con la génesis de los síntomas en la dispepsia funcional. Por otra parte, las distintas estrategias de manejo de la dispepsia no investigada han comenzado a incluir el análisis del *Hp* en su árbol de decisión, tanto para seleccionar pacientes que requieren una endoscopia como para realizar un tratamiento empírico. Estas estrategias tienen varios problemas en nuestro medio, donde la prevalencia del *Hp* en la dispepsia funcional (DF) es similar a la de la población general (presente en el 50-95% de los adultos); el *Hp* no puede ser considerado como causa de DF y su erradicación no mejora los síntomas dispépticos.

La úlcera péptica (gástrica y duodenal) supone el 15-20% de las causas de dispepsia. Su incidencia y prevalencia varían entre los distintos países y, dentro de un mismo país, entre sus diferentes áreas geográficas; en Europa tiene una alta incidencia, constituyendo un problema clínico frecuente con importantes consecuencias médicas y sociales difíciles de cuantificar, tanto por el consumo de recursos sanitarios (procedimientos diagnósticos, de tratamiento, hospitalización), como por las pérdidas de productividad y la morbi-mortalidad que ocasiona. La aparición del *Hp* suscitó un importante escepticismo sobre su papel etiológico en las úlceras pépticas, pero las evidencias como factor causante de la úlcera duodenal (UD), hasta en un 95% de los casos, y de la úlcera gástrica, entre el 65-75%, son abrumadoras. La evolución de estos pacientes con tratamiento anti-secretor es una recidiva segura en pocos años, pese a conseguirse la cicatrización de la UD. Con un tratamiento erradicador, se consigue una cicatrización y alivio de los síntomas, menores recurrencias (por debajo del 1,2%); tasas de reinfección por *Hp* también más bajas, disminución del número de complicaciones, como son el sangrado y la perforación, y la consiguiente mortalidad por estas causas.

En el caso de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es difícil dar datos exactos de su prevalencia en nuestro país, ya que no disponemos de estudios realizados en la población general; en otros países, varía entre el 10 y el 50 %. Existe un número importante de pacientes, sobre todo con síntomas leves o intermitentes, que se automedican y no acuden al Sistema Sanitario. Este hecho conlleva una mayor dificultad para disponer de datos, aunque sí sabemos que es un problema de salud muy frecuente en las consultas de Atención Primaria y en las de Digestivo. Por tanto, es fundamental un abordaje integral en el manejo del paciente, que puede ser diagnosticado y tratado según la mejor evidencia disponible, unificando pautas y criterios de actuación de los dos niveles asistenciales, y evitando pruebas innecesarias, costosas y molestas para el paciente.

El Apéndice de gastropatía por AINEs se justifica por cuanto los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) constituyen el grupo de fármacos de uso más frecuente en la actualidad y existe una amplia evidencia que relaciona el consumo de AINEs con la producción de lesiones en la mucosa del trato digestivo. Los AINEs producen hasta un 0,1-0,2% de complicaciones gastrointestinales al año (incidencia) y presentan una prevalencia de entre el 14 y 44%

de las úlceras o el sangrado intestinal, que no siempre van precedidos de síntomas dispépticos (los síntomas no predicen las lesiones ni viceversa). No obstante, no todas las personas que consumen AINEs presentan efectos secundarios gastrointestinales. De hecho, sólo un pequeño número de éstas desarrollan lesiones ulcerosas y un grupo más reducido aún tendrá complicaciones. Por ello, para instaurar la gastroprotección ante un tratamiento con AINEs, nos basamos en una serie de factores de riesgo bien definidos.

La dispepsia en la embarazada se ha abordado como un Apéndice también ya que es un problema muy común durante el embarazo; los pocos estudios existentes en la literatura médica refieren que entre un 60-80% de las gestantes sufren síntomas dispépticos.

# 2

## DEFINICIÓN GLOBAL

**Designación del Proceso:** Atención a personas con síntomas dispépticos.

**Definición funcional:** La dispepsia es un conjunto de síntomas referidos al tracto digestivo superior, y no un diagnóstico a priori.

Ante una persona con estos síntomas se establecen los mecanismos que, de forma secuencial, nos lleven a una confirmación diagnóstica, a instaurar un tratamiento y a realizar un seguimiento del mismo.

Para garantizar la continuidad asistencial en el proceso, es necesaria la coordinación entre los diferentes profesionales y ámbitos de actuación, encaminada a satisfacer de forma eficiente las necesidades y expectativas del paciente y de otros destinatarios del proceso.

**Límite de entrada:** La entrada en la cadena asistencial del paciente que consulta por síntomas dispépticos –dolor abdominal superior, epigastralgia, pesadez postprandial, sensación de saciedad precoz, distensión abdominal, eructos, pirosis, náuseas, vómitos (que suelen combinarse entre sí, pueden o no estar relacionados con la ingesta de alimentos, y presentan una evolución episódica o persistente al menos el 25% del tiempo durante tres meses)– puede producirse a través de tres vías diferentes:

**Atención Primaria:** Es la entrada más frecuente al proceso. El paciente que presenta síntomas dispépticos, suele consultar a través del Centro de Salud o domicilio.

**Urgencias:** A través de dispositivos de urgencias de Atención Primaria o de servicios de urgencias hospitalarias.



**Límite final:**

Es la curación en las dispepsias en las que se objetivan lesiones orgánicas de causas digestivas: úlceras gástricas y úlceras duodenales. En procesos crónicos, como la dispepsia funcional y la ERGE, que suelen cursar con remisiones y exacerbaciones de la sintomatología, no hay límite final.

**Límites marginales:**

- Úlcera gástrica refractaria a tratamiento médico y que, por tanto, precisa intervención quirúrgica, o una ERGE que tenga indicación quirúrgica.
- Otras dispepsias orgánicas digestivas no incluidas en este proceso.
- Dispepsias orgánicas extradigestivas: diabetes mellitus; EPOC; insuficiencia cardíaca; trastornos tiroideos; trastornos ginecológicos; trastornos endocrinológicos; insuficiencia renal crónica; consumo de alcohol; colagenosis.
- Edad inferior a 14 años.

# 3 DESTINATARIOS Y OBJETIVOS

## Destinatarios y expectativas

### PACIENTES

#### Tangibilidad

- Que el centro sanitario disponga de los recursos necesarios (humanos, técnicos y estructurales) para garantizarme una adecuada asistencia.
- Que el centro sanitario reúna las condiciones de higiene adecuadas, y tenga instalaciones cómodas, amplias y limpias.

#### Accesibilidad

- Que me faciliten un horario adecuado a mis circunstancias personales.
- Que pueda pedir cita por teléfono y éste no comunique constantemente.
- Ser atendido en cualquiera de los niveles asistenciales, sin demora, según la cita horaria.
- Que me faciliten una cita única y coordinada para la consulta médica y las diferentes pruebas complementarias necesarias.
- Poder elegir al Facultativo que me va a atender tanto en el ámbito de AP como de AE.

### **Capacidad de respuesta**

- Que me realicen las pruebas complementarias necesarias en el menor tiempo posible.
- Que exista coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada.
- Que pueda tener acceso a Atención Especializada cuando sea preciso en el menor tiempo posible.
- Que tenga siempre el mismo médico de referencia y que me comuniquen los cambios que pueda haber.

### **Cortesía**

- Que me trate con amabilidad y cortesía todo el personal encargado de mi asistencia.
- Que los médicos me dediquen suficiente tiempo en la consulta y no se interpongan “barreras” entre ambos.
- Que el ordenador no sea una barrera que obstaculice la atención.

### **Comunicación / Información**

- Que me atiendan sin prisas en la consulta.
- Que me expliquen en lenguaje comprensible el diagnóstico, la evolución y el tratamiento de mi enfermedad.
- Que me soliciten el consentimiento informado para las exploraciones diagnósticas que lo precisen, previa explicación detallada de las mismas.
- Que pueda preguntar todo lo que no entienda de las explicaciones del médico y disipar los temores que pueda tener sobre mi enfermedad y sobre la realización de pruebas complementarias.
- Que me den opciones en caso de rechazo de pruebas diagnósticas y me garanticen la continuidad asistencial.
- Que pueda disponer de informes escritos sobre mi historial.

### **Competencia**

- Ser atendido por personal sanitario capacitado para resolver mi problema.
- Que se disponga del material necesario en el lugar idóneo para la resolución de mi problema.
- Que exista una adecuada comunicación /cooperación entre los médicos de familia y los médicos de Atención Especializada que intervienen en mi asistencia, con el fin de reducir la demora en las citas y de evitar la repetición de pruebas innecesariamente.

### **Seguridad**

- Que me realicen las pruebas complementarias necesarias, evitando aquellas que no van a repercutir de forma positiva en mi salud.
- Que me apliquen los tratamientos que hayan demostrado eficacia y seguridad.
- Que me garanticen la confidencialidad de los datos de mi historial clínico.

## FAMILIARES

### Accesibilidad

- Facilidad para acceder a las citas en cualquiera de los niveles asistenciales, sobre todo en Atención Primaria.

### Comunicación

- Que nos expliquen, de forma comprensible, el diagnóstico y la posible evolución de la enfermedad.
- Que nos informen de las pruebas complementarias que se han de realizar y se nos solicite el consentimiento en caso necesario.
- Que nos hagan partícipes de la evolución de la enfermedad con información de apoyo emocional al paciente, sobre todo en el caso de la dispepsia funcional.

## MÉDICO DE FAMILIA

### Accesibilidad

- Que tenga facilidad para consultar a otros especialistas en caso necesario.

### Cortesía

- Consideración adecuada del paciente y los familiares hacia mi labor.
- Tener mayor consideración profesional por parte del Especialista.

### Tangibilidad

- Disponer de espacio y tiempo para la asistencia adecuada de los pacientes.
- Disponer de sistemas informáticos en las consultas para la recogida de datos de la historia clínica y la posterior evaluación de los mismos.
- Posibilidad de solicitud desde AP de pruebas diagnósticas como la endoscopia, en tiempo adecuado.
- Que pueda tener acceso a formación continua específica en dispepsia dentro del SSPA.

### Capacidad de respuesta

- Que se realicen las pruebas complementarias necesarias en el menor tiempo posible.
- Que pueda tener acceso a la AE cuando sea preciso en el menor tiempo posible.
- Que haya continuidad en la asistencia del paciente por el facultativo de Atención Especializada.
- Que la primera receta la realice el facultativo de AE.
- Que desde AE se programen las revisiones.

## **Comunicación / Información**

- Que exista comunicación y confianza entre los pacientes/ familiares y el Médico de Familia.
- Que el paciente y los familiares estén informados de sus derechos y obligaciones.
- Que exista buena comunicación/cooperación entre AE y AP.
- Que reciba informes actualizados de los pacientes cuando son atendidos por facultativos de AE, en los que conste el juicio clínico y las pautas de actuación en lo que se refiere a tratamiento y seguimiento.
- Que se evite la duplicidad de las pruebas complementarias.
- Que exista uniformidad en los sistemas de registro de todos los profesionales.
- La existencia de una única historia informatizada común, a la que puedan acceder todos los profesionales sanitarios implicados.

## **ENFERMERO DE AE**

### **Tangibilidad**

- Que exista suficiente personal en relación a las cargas reales de trabajo.
- Que existan instrumentos de endoscopia suficientes y con medios de esterilización correctos.
- Que existan normas de prevención y seguridad sobre riesgos laborales.

### **Comunicación**

- Que exista un trabajo en equipo coordinado entre el Enfermero y el Endoscopista.
- Que me aporten datos clínicos sobre alergias medicamentosas, enfermedades crónicas y otros datos que permitan individualizar los cuidados.

## **DIGESTIVO**

### **Comunicación**

- Que el paciente llegue con un informe en el que conste: historia clínica, exploración, exámenes complementarios efectuados, tratamientos administrados y diagnóstico de presunción.
- Que el estudio y las derivaciones realizadas por el Médico de Familia estén basados en guías clínicas/protocolos consensuados y el paciente esté informado del plan asistencial previsto.

### **Tangibilidad**

- Disponer de un espacio físico confortable y funcional.
- Que exista suficiente personal en relación a las cargas reales de trabajo.
- Disponer de más tiempo en las consultas.

- Disponer de sistemas informáticos en las consultas para la recogida de datos de la historia clínica y la posterior evaluación de los mismos.
- Que exista disponibilidad de consulta especializada, con carácter preferente, para la valoración de los pacientes que lo necesiten en tiempo adecuado.
- Que la relación con otras especialidades sea fluida a nivel institucional, sin tener que depender de relaciones personales.
- Que el paciente y los familiares estén informados de sus derechos y obligaciones.
- Acceso a formación continuada dentro del SSPA.

## **UNIDAD DE ATENCIÓN AL USUARIO**

### **Tangibilidad**

- Que exista suficiente personal en relación con las cargas reales de trabajo.

### **Capacidad de respuesta**

- Disponer de unos circuitos claramente establecidos y con información actualizada para el paciente en lo que respecta a la demora en la realización de pruebas.
- Disponer de un sistema ágil de citas para la realización de las pruebas, sin saturación o demora con relación a la cita con el Médico de Familia o el Especialista.
- Disponer de circuitos para pruebas preferentes, gestionándolas el mismo día de la solicitud.

### **Cortesía**

- Recibir trato cortés por parte del paciente y los familiares.

### **Comunicación**

- Comunicación con los profesionales de forma periódica para el conocimiento de los circuitos y la actualización de los cambios.
- Recibir la solicitud de consulta con los datos administrativos y clínicos completos y con la indicación de la asistencia normal o preferente.



## Objetivos. Flujos de salida. Características de calidad

DESTINATARIO: **PACIENTE**

FLUJOS DE SALIDA: **ASISTENCIA SANITARIA**

### CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Historia clínica detallada.
- Exploración exhaustiva.
- Realización de analítica establecida.
- Realización de pruebas complementarias necesarias: endoscopia.
- Utilización de analgesia para pruebas instrumentales.
- Tratamiento según la mejor evidencia disponible.
- Seguimiento.
- Coordinación/cooperación entre niveles asistenciales.

FLUJOS DE SALIDA: **COMUNICACIÓN/INFORMACIÓN**

### CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Información sobre el proceso asistencial en lenguaje comprensible.
- Información detallada sobre las pruebas complementarias y solicitud de consentimiento para la realización de las mismas.
- Atención personalizada y cordial por parte de todo el personal que interviene en el proceso.
- Información sobre resultados de las pruebas.
- Información sobre tratamientos y alternativas.
- Información sobre revisiones.
- Informe clínico del proceso asistencial.

## FLUJOS DE SALIDA: **EDUCACIÓN SANITARIA**

### CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Educación sanitaria orientada a la adopción de hábitos de vida saludables, para mejorar los síntomas relacionados con la dispepsia.
- Entrega de folletos informativos del SSPA para reforzar los hábitos de vida saludables.
- Uso racional y responsable de los recursos existentes.

## FLUJOS DE SALIDA: **APOYO PSICOLÓGICO Y SOCIAL**

### CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Dar apoyo psicológico a los pacientes con dispepsia funcional.
- Comprensión de circunstancias individuales.

## DESTINATARIO: **FAMILIARES**

## FLUJOS DE SALIDA: **INFORMACIÓN**

### CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Trato humano por parte de todo el personal.
- Información sobre el proceso asistencial.
- Información sobre las pruebas complementarias solicitadas.



**DESTINATARIO: MÉDICO DE FAMILIA**

**FLUJOS DE SALIDA: COOPERACIÓN Y COORDINACIÓN**

#### CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Trabajo en equipo de todos los profesionales implicados en el proceso asistencial.
- Pauta de actuación consensuada de todos los profesionales que intervienen en el Proceso Dispepsia.
- Derivación correcta de los pacientes para establecer la continuidad asistencial.
- Disponer de las exploraciones complementarias en el menor tiempo posible.

**FLUJOS DE SALIDA: REGISTRO**

#### CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Debe registrarse toda actividad que se realice durante el estudio y seguimiento del proceso.
- Accesibilidad a la historia clínica por parte del personal sanitario implicado en el proceso.

**DESTINATARIO: ENFERMERO DE AE**

**FLUJOS DE SALIDA: PREMEDICACIÓN Y APOYO EN LA ENDOSCOPIA**

#### CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Se realizará premedicación según protocolos y apoyo a la endoscopia según manual de procedimientos.

## DESTINATARIO: **DIGESTIVO**

### FLUJOS DE SALIDA: **INFORME CLÍNICO DE ASISTENCIA**

#### CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Los informes deben ser adecuados, y contener el diagnóstico y los resultados de las exploraciones complementarias realizadas.
- Explicar que el diagnóstico y el tratamiento establecido en Atención Especializada no es inamovible sino que puede ser modificado, según la evolución clínica.
- Asegurar la continuidad asistencial interniveles, programando las revisiones o interconsultas que se ajustarán a las necesidades reales del paciente, dejando claramente definido si el paciente va a ser seguido en AP o en AE.

## DESTINATARIO: **UNIDAD DE ATENCIÓN AL USUARIO**

### FLUJOS DE SALIDA: **ACCESIBILIDAD**

#### CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Tener un trato personalizado, amable y respetuoso con el usuario y resolver la solicitud en un solo contacto.
- Gestión administrativa coordinada entre niveles asistenciales.



# 4

## COMPONENTES

### Descripción general

<b>QUÉ</b>	<b>GESTIÓN DE CITA PARA MÉDICO DE FAMILIA/ FEA DE URGENCIAS</b>
<b>QUIÉN</b>	Unidad de Atención al Usuario de AP/AE
<b>CUÁNDO</b>	1º
<b>DÓNDE</b>	Centro de Salud/DCCU-AP/ Domicilio/SCCU-H
<b>CÓMO</b>	Manual de procedimientos de atención al usuario del SAS

<b>QUÉ</b>	<b>VALORACIÓN INICIAL</b>
------------	---------------------------

QUIÉN	Médico de Familia/ FEA de Urgencias
CUÁNDO	2º
DÓNDE	DCCU-AP/ Domicilio/SCCU-H
CÓMO	Guías de práctica clínica

<b>QUÉ</b>	<b>GESTIÓN DE CITA PARA MÉDICO DE FAMILIA</b>
------------	---

QUIÉN	Unidad de Atención al Usuario de AP
CUÁNDO	3º
DÓNDE	Centro de Salud (CS)
CÓMO	Manual de procedimientos de atención al usuario del SAS

<b>QUÉ</b>	<b>VALORACIÓN. 1ª CONSULTA: HISTORIA CLÍNICA. TRATAMIENTO EMPÍRICO</b>
------------	--

QUIÉN	Médico de Familia
CUÁNDO	4º
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Guías de práctica clínica

<b>QUÉ</b>	<b>GESTIÓN DE CITA: 2ª CONSULTA CON MÉDICO DE FAMILIA. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS</b>
------------	--

QUIÉN	Unidad de Atención al Usuario de AP
CUÁNDO	5º
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Manual de procedimientos de atención al usuario del SAS

<b>QUÉ</b>	<b>PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: EXTRACCIÓN DE SANGRE</b>
------------	--

QUIÉN	Personal de Enfermería
CUÁNDO	6º
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Protocolos establecidos

<b>QUÉ</b>	<b>TRANSPORTE DE MUESTRAS AL LABORATORIO</b>
------------	--

QUIÉN	Enlace
CUÁNDO	7º
DÓNDE	Centro de Salud-Laboratorio
CÓMO	Protocolos establecidos

<b>QUÉ</b>	<b>RECEPCIÓN DE RESULTADOS</b>
------------	--------------------------------

QUIÉN	Administrativo/Auxiliar de Enfermería
CUÁNDO	8º
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Protocolos establecidos

<b>QUÉ</b>	<b>REEVALUACIÓN: ALTA/ SEGUIMIENTO. PETICIÓN DE ENDOSCOPIA</b>
------------	--

QUIÉN	Médico de Familia
CUÁNDO	9º
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Guías de práctica clínica

<b>QUÉ</b>	<b>GESTIÓN DE CITA PARA ENDOSCOPIA EN AE</b>
QUIÉN	Unidad de Atención al Usuario AP/AE
CUÁNDO	10º
DÓNDE	CS/Hospital
CÓMO	Manual de procedimientos de atención al usuario del SAS

<b>QUÉ</b>	<b>REALIZACIÓN DE ENDOSCOPIA</b>
QUIÉN	Médico y Enfermero de Digestivo
CUÁNDO	11º
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Protocolos establecidos

<b>QUÉ</b>	<b>GESTIÓN DE CITA PARA MÉDICO DE FAMILIA</b>
QUIÉN	Unidad de Atención al Usuario de AP
CUÁNDO	12º
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Manual de procedimientos de atención al usuario del SAS

<b>QUÉ</b>	<b>VALORACIÓN DE RESULTADOS DE ENDOSCOPIA: DIAGNÓSTICO. INCLUSIÓN EN CADA SUBPROCESO</b>
QUIÉN	Médico de Familia
CUÁNDO	13º
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Guías de práctica clínica



## Profesionales. Actividades. Características de calidad

Unidad de Atención al Usuario de AP/AE	
Actividades	Características de calidad
<b>1º</b> Gestionar cita para Médico de Familia/ FEA de Urgencias	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ubicación accesible con buena señalización y sin barreras arquitectónicas.</li><li>• Cita telefónica, y tecnología que posibilite no prolongar el tiempo de espera al teléfono.</li><li>• Registro informatizado de datos de filiación/administrativos, con pacientes perfectamente identificados, sin errores.</li><li>• Cita informatizada, con conexión directa con la consulta de AP.</li><li>• Demora en las citas con el Médico de Familia no superior a 24 horas.</li><li>• Gestión de atención domiciliaria:<ul style="list-style-type: none"><li>– Registro de datos: nombre y apellidos, dirección, teléfono, hora de llamada.</li><li>– Comunicación del aviso a su Médico de Familia, para que realice un contacto telefónico con el paciente o familiar, valorando la importancia del cuadro y la asistencia inmediata o programada a lo largo de la mañana.</li></ul></li><li>• Demanda por Urgencias: registro de datos de filiación y comunicación al Médico responsable de la asistencia en ese momento.</li><li>• Trato amable y correcto.</li></ul>

Médico de Familia: DCCU-AP y domicilio. FEA de Urgencias	
Actividades	Características de calidad
<b>2º</b> 1ª valoración médica	<p>Ante un paciente con síntomas compatibles con cuadro dispéptico que consulta en DCCU-AP / domicilio/SCCU-H, se le realizará una valoración inicial que incluya:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Anamnesis y exploración física: una vez realizadas en urgencias o domicilio, los pasos siguientes serán:<ul style="list-style-type: none"><li>– Si existen síntomas y/o signos de perforación, deterioro del estado general, hematemesis, melenas, precisará ingreso hospitalario.</li><li>– Si se descarta una patología de urgencias, se derivará a consulta de AP.</li></ul></li></ul>



## Médico de Familia: Consulta de Centro de Salud

Actividades	Características de calidad
<p><b>2º</b> 1ª consulta: valoración inicial</p>	<p>A todo paciente que llega a la consulta con síntomas dispépticos se le realizará una historia clínica detallada incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Anamnesis: Síntomas actuales de dolor en hemiabdomen superior, epigastralgias, pesadez postprandial, sensación de saciedad precoz, distensión abdominal, eructos, pirosis, náuseas, vómitos, analizando la frecuencia, duración e intensidad de los mismos. Ingesta de fármacos: AINEs solos o asociados a corticoides. Antecedentes personales y familiares de patología digestiva. Otros antecedentes personales de interés: patología cardíaca, metabólica, pulmonar, renal, etc. que pudieran cursar con sintomatología dispéptica.</li><li>• Exploración Física: valoración general (estado nutricional, coloración de piel y mucosas, auscultación cardiopulmonar). Exploración abdominal: existencia de dolor a la palpación, megalias.</li><li>• Tacto rectal: se realizará ante sospecha de anemia (palidez de piel y mucosas, taquicardia), melenas.</li><li>• Pruebas complementarias: La endoscopia es la prueba patrón-oro para el diagnóstico de la dispepsia y se solicitará sin demora en:<ul style="list-style-type: none"><li>– Pacientes con síntomas de alarma como disfagia, odinofagia, pérdida de peso, hematemesis, melenas.</li><li>– Paciente mayor de 45 años y con síntomas dispépticos de reciente aparición.</li></ul></li><li>• Laboratorio: Si se sospecha por la anamnesis y la exploración que pueda existir patología causante del cuadro dispéptico, se iniciará un estudio que incluya (según sospecha clínica):<ul style="list-style-type: none"><li>– Hemograma: para detectar cuadros de anemia por pérdidas hemáticas ocultas secundarias a lesiones sangrantes del tracto digestivo superior.</li><li>– Bioquímica: detección de alteración de transaminasas fosfatasa alcalina, amilasa, secundarias a inflamación hepática, pancreática..., glucemia, urea, creatinina, hormonas tiroideas, para descartar cuadros dispépticos de origen extradigestivo, como diabetes mellitus, insuficiencia renal, trastornos tiroideos...</li></ul></li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento empírico: Si es un paciente menor de 45 años, y no presenta síntomas de alarma como disfagia, odinofagia, pérdida de peso, hematemesis, melenas, se iniciará tratamiento empírico con procinéticos-antisecretores durante 8 semanas (Anexo 1).</li> <li>• Reevaluación al mes de iniciado el tratamiento empírico.</li> <li>• Registro: todos los datos y la pauta de actuación quedarán registrados en la historia clínica del paciente.</li> </ul>
--	---

### Unidad de Atención al Usuario de AP

Actividades	Características de calidad
<b>3º</b> Gestión de cita: – para extracción – para Médico de Familia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La cita con la consulta de Enfermería para extracciones de sangre se realizará en las siguientes 48 horas, desde la petición por el Médico de Familia.</li> <li>• Informar al paciente de las condiciones previas de ayuno que ha de guardar el día de la extracción.</li> <li>• Se dará cita de revisión y valoración del tratamiento empírico para el Médico de Familia para dentro de un mes.</li> </ul>

### Consulta de Enfermería: Extracciones

Actividades	Características de calidad
<b>4º</b> Extracción de sangre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las extracciones de sangre deberán ser realizadas por el personal de Enfermería en las consultas destinadas para ello.</li> <li>• Las muestras irán perfectamente identificadas.</li> <li>• Realizar registro diario de todas las extracciones y de las muestras enviadas al Laboratorio.</li> </ul>

### Enlace Centro de Salud / Laboratorio

Actividades	Características de calidad
<b>5º</b> Recogida y transporte de las muestras en condiciones adecuadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El transporte de las mismas se hará en condiciones idóneas de temperatura e inmovilidad.</li> <li>• Las muestras llegarán al Laboratorio lo antes posible acompañadas del formato de petición de Médico de Familia.</li> <li>• Deberá existir en el Laboratorio un registro de todas las muestras recibidas.</li> </ul>

## Enlace Laboratorio / Centro de Salud

Actividades	Características de calidad
<b>6º</b> Recogida en el Laboratorio y entrega en el Centro de Salud	<ul style="list-style-type: none"><li>• Los resultados llegarán al Centro de Salud a través de un enlace (actualmente) y serán distribuidos a cada facultativo.</li><li>• En un futuro los resultados llegarán por Intranet, con lo que se disminuirá el tiempo de demora, e incluso se podrán incorporar en la historia del paciente desde el mismo Laboratorio cuando exista una historia única común informatizada.</li></ul>

## Médico de Familia

Actividades	Características de calidad
<b>7º</b> 2ª consulta: valoración médica	<ul style="list-style-type: none"><li>• Valoración del tratamiento empírico:<ul style="list-style-type: none"><li>– Si está asintomático, se le dará de alta.</li><li>– Si ha obtenido mejoría, se prolongará el tratamiento hasta dos meses, antes de valorar la realización de la endoscopia.</li></ul>Si persisten los síntomas, solicitud de endoscopia.</li><li>• Valoración de los resultados analíticos: Si al valorar las pruebas complementarias (bioquímica), se detectan alteraciones de tipo metabólico, endocrino, hepático, pancreático, renal, como origen de los síntomas dispépticos, el paciente sale del proceso.</li><li>• Solicitud de consentimiento a aquellos pacientes a los que haya que solicitar endoscopia, previa información sobre la conveniencia de la misma y sus posibles riesgos.</li><li>• Registro de datos clínicos y seguimiento en la historia clínica.</li></ul>

## Unidad de Atención al Usuario de AP

Actividades	Características de calidad
<b>8º</b> Gestionar cita para endoscopia	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gestión de cita para la realización de endoscopia:<ul style="list-style-type: none"><li>– El Administrativo recogerá la solicitud de endoscopia, y la tramitará al centro de realización, según los circuitos establecidos.</li><li>– Desde el centro de realización, se dará la cita al paciente por teléfono o por correo.</li><li>– La demora por vía normal no será superior al mes y, por vía preferente, se realizará en la primera semana de la solicitud.</li></ul></li></ul>

## Realización de endoscopia

Actividades	Características de calidad
<b>Enfermero</b>	
<p><b>9.1</b> Acogida</p> <p>Canalizar vía para premedicación, mantenimiento de vía venosa</p> <p>Material de biopsia</p> <p>Controles</p> <p>Retirada de vía</p> <p>Registros</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trato cordial y personalizado.</li> <li>• Dar información sobre la prueba y responder a las dudas, disminuyendo el grado de ansiedad del paciente.</li> <li>• Dar instrucciones para una correcta postura.</li> <li>• Resaltar lo importante de una buena colaboración durante la prueba. Asegurarse de que el enfermo no ha ingerido nada como mínimo en las últimas 6 horas; supervisar que el enfermo no lleve prótesis dentales y, si así fuera, indicarle que debe quitársela como medida preventiva para la endoscopia.</li> <li>• Canalizar vía venosa previa a la endoscopia.</li> <li>• Asegurarse de que el paciente no tiene alergia a ningún medicamento, especialmente a los que vamos a utilizar en la premedicación; explicar los efectos de la medicación.</li> <li>• Actuar en los casos necesarios (tomas de presión arterial, frecuencia cardíaca, saturación O<sub>2</sub>, colocación del protector bucal...)</li> <li>• Preparación del material de biopsias, instrumentando el material necesario. Identificación de los tubos para las muestras.</li> <li>• Enviar a Anatomía Patológica las muestras de biopsia en condiciones adecuadas de traslado.</li> <li>• Valorar cambios en el estado físico y psíquico del paciente y, si son relevantes, comunicarlos al Médico.</li> <li>• Retirada de vía venosa, si las condiciones del paciente lo permiten, y del tubo protector, y explicar al paciente que es normal que se encuentre aún algo aturdido y mareado. Complimentación según protocolo de la hoja de Enfermería.</li> <li>• Realizar un registro diario de las muestras enviadas al Laboratorio.</li> </ul>
<b>Médico Endoscopista</b>	
<p><b>9.2</b> Acogida</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar al paciente la finalidad de la endoscopia.</li> <li>• Tranquilizar al enfermo en relación a sus posibles miedos a la prueba, indicándole que, si tiene algún problema, lo manifieste mediante signos.</li> <li>• Confirmar los síntomas fundamentales que han justificado la solicitud de la misma, tiempo de evolución y tratamientos realizados, insistiendo en la posible toma de gastroerosivos. (Informe completo de petición de endoscopia).</li> </ul>

Realización de la endoscopia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar la endoscopia y tomar biopsias:           <ol style="list-style-type: none"> <li>Si existe <i>ulcus</i> duodenal: realización de biopsia para la detección del <i>Helicobacter pylori</i> mediante el test de la ureasa (Clotest) o estudio histológico si éste es negativo.</li> <li>Si existe <i>ulcus</i> gástrico o lesión sugestiva de proceso neoplásico: realización de biopsia (se tomarán al menos 6 muestras de la úlcera) para el análisis anatomopatológico, y para la realización del test de la ureasa (Clotest), y la detección del <i>Hp</i>. Las muestras serán remitidas adecuadamente en tiempo y forma al Servicio de Anatomía Patológica. Finalizada ésta, se emitirá un informe que se entregará al paciente, mientras no exista la historia única informatizada.</li> </ol> </li> <li>Si el test de la ureasa es positivo, se indicará en el informe y, si fuera negativo, se le entregará el frasco al paciente para que lo lea en las siguientes 12 horas y lo comunique a su médico.</li> </ul>
------------------------------	---

Anatomía Patológica	
Actividades	Características de calidad
<p><b>10º</b> Material de biopsia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se procesarán las muestras de biopsias, realizando su análisis y enviando el informe al médico que solicitó la endoscopia en un plazo no mayor de 8 días.</li> </ul>

Unidad de Atención al Usuario de AP	
Actividades	Características de calidad
<p><b>11º</b> Gestionar cita para Médico de Familia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestión de cita con el médico para la valoración de los resultados de la endoscopia.</li> </ul>

Médico de Familia	
Actividades	Características de calidad
<p><b>12º</b> Recepción de resultados de la endoscopia. Diagnóstico</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Valoración de los resultados de la endoscopia: Los pacientes a los que se les haya solicitado una endoscopia y se les diagnostique una patología orgánica concreta, entrarán en el Subproceso correspondiente:           <ul style="list-style-type: none"> <li>– Úlcera Duodenal</li> <li>– Úlcera Gástrica</li> <li>– Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE)</li> </ul> </li> </ul>

Médico de Familia	
Actividades	Características de calidad
Diagnóstico	A los que no se halle patología alguna en el estudio endoscópico, y cumplan los criterios de Roma II, se les incluirá en el Subproceso Dispepsia Funcional.
Información al paciente	<p>Cada uno de estos subprocesos va a tener un desarrollo individualizado dentro del Proceso Dispepsia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es fundamental que se explique al paciente, en lenguaje comprensible, el diagnóstico de su enfermedad y la posible evolución de la misma.</li> </ul>

## Recursos. Características generales. Requisitos

RECURSOS	CARACTERÍSTICAS GENERALES. REQUISITOS
<p><b>Materiales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Teléfono en las consultas</li> <li>– Historia clínica informatizada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Teléfonos en todas las consultas, con acceso directo al Especialista de Digestivo de referencia en el proceso.</li> <li>– Historia clínica electrónica en los centros de salud y el Hospital (consultas de Digestivo), compartida por todos los profesionales sanitarios, en la que se registre toda la actividad en relación con el proceso asistencial.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Programa de telemedicina</li> <li>– Hoja de consentimiento informado</li> <li>– Instrumental de endoscopia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Comunicación entre profesionales sanitarios: envío de informes de endoscopia, interconsultas.</li> <li>– Hojas de consentimiento informado en las consultas de los facultativos para su cumplimentación cuando se indique la endoscopia digestiva.</li> <li>– Instrumental necesario en las salas de endoscopia.</li> </ul>
<p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Personal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Equipo de profesionales de Atención Primaria y Atención Especializada (Digestivo) con conocimientos y actitudes para el seguimiento de personas con dispepsia y en número suficiente para la consecución de los objetivos del proceso.</li> </ul>

## Unidades de Soporte

### UNIDADES DE SOPORTE

Unidad de Atención al Usuario	Citas. Coordinación de citas entre niveles asistenciales y pruebas complementarias.
Farmacia	Test de aliento.
Guías de práctica clínica	Aplicación de guías de práctica clínica recomendadas
Actividades de formación	Realización de sesiones conjuntas entre AP y AE.
Laboratorio	Determinaciones analíticas.
Anatomía Patológica	Realización de cultivo y estudio histológico de las muestras de biopsia.
Mantenimiento	Mantenimiento y esterilización del material de endoscopia.

# 5

## SUBPROCESO DISPEPSIA FUNCIONAL

### Definición global

**Definición funcional:** Serie de actuaciones secuenciales encaminadas a la instauración de un tratamiento y al seguimiento de la dispepsia funcional diagnosticada mediante endoscopia.

**Límite de entrada:** Diagnóstico de dispepsia funcional que cumple los siguientes criterios internacionalmente aceptados (Roma II), al menos durante 12 semanas no necesariamente consecutivas y en los 12 meses precedentes:

- De forma persistente o recurrente, dolor o malestar centrado en hemiabdomen superior.
- No evidencia de enfermedad orgánica (incluyendo endoscopia digestiva alta) que pueda explicar los síntomas.
- No evidencia de que los síntomas se alivien exclusivamente con la defecación o se asocien a cambios en la frecuencia o consistencia de las deposiciones.
- No tener síntomas predominantes de reflujo gastroesofágico.

**Límite final:** Por definición, la dispepsia funcional es un proceso crónico con brotes o crisis y, por lo tanto, no va a tener salida del subproceso.



**Límite marginal:** Edad inferior a 14 años.

### Observaciones

A diferencia de lo que ocurre con la dispepsia orgánica, el manejo de la dispepsia funcional no es sencillo por distintos motivos:

- No hay un consenso en cuanto a la estrategia terapéutica.
- El efecto placebo puede alcanzar cotas de hasta el 60% de mejoría en el primer mes, lo que dificulta la valoración objetiva del resultado de un fármaco o terapia.
- La subclasificación atendiendo a los síntomas no predice la respuesta al tratamiento, pero permite un punto de partida para iniciarlo.
- Los síntomas pueden ser variables en el tiempo dentro de un mismo paciente.
- La etiopatogenia es multifactorial, lo que dificulta un tratamiento eficaz.
- La duración y el tipo de tratamiento deben adaptarse individualmente.

## Profesionales. Actividades. Características de calidad

### Unidad de Atención al Usuario de AP

Actividades	Características de calidad
Gestionar cita para Médico de Familia	<ul style="list-style-type: none"><li>• Trato amable y correcto.</li><li>• Registro informatizado de datos de filiación/ administrativos, con pacientes perfectamente identificados, sin errores.</li><li>• Cita informatizada, con conexión directa a la consulta de AP.</li><li>• Demora en las citas con el Médico de Familia no superior a 24 horas.</li></ul>

### Médico de Familia

Actividades	Características de calidad
1ª consulta: valoración de síntomas	<ul style="list-style-type: none"><li>• Según los criterios de Roma II, se distinguen en la dispepsia funcional tres subgrupos, atendiendo al síntoma dominante:<ul style="list-style-type: none"><li>– Dispepsia funcional de tipo ulceroso: aquella en la que el síntoma que predomina es el dolor.</li><li>– Dispepsia funcional de tipo dismotilidad: predominan los síntomas de saciedad precoz, distensión postprandial, náuseas, vómitos o malestar en hemiabdomen superior que se agrava con la ingesta.</li></ul></li></ul>

## Tratamiento

- Dispepsia funcional inespecífica: la que no puede ser clasificada en los otros apartados.
- Apoyo psicológico:
  - Establecer una buena relación médico-paciente para que el paciente confíe en nosotros y en lo que le vamos a indicar.
  - Explicar al paciente de manera clara el tipo de enfermedad que padece. Se debe huir de frases como “usted no tiene nada” y hacer hincapié en datos como “no tiene nada grave, nada contagioso ni degenerativo”.
  - Tranquilizar al paciente que suele estar preocupado por enfermedades malignas, sobre todo si existen casos en familiares directos o amigos.
  - No hablar nunca de curación completa o resultados garantizados.
  - Informar del carácter crónico y recurrente de los síntomas.
- Medidas higiénico-dietéticas:
  - Evitar el consumo de alcohol, sobre todo de alta graduación, por sus efectos irritativos sobre la mucosa.
  - Abandonar o reducir el consumo de tabaco.
  - Evaluar el consumo de fármacos, en especial AINEs de uso habitual (ácido acetilsalicílico y otros analgésicos), pues no son asumidos por los pacientes como medicamentos gastrolesivos, y otros tratamientos prescritos (sales de hierro, potasio, calcio, anticolinérgicos, nitratos, nitritos, antagonistas del calcio, calcitonina, estrógenos, ansiolíticos, antidepresivos, teofilina, opiáceos, agonistas beta-adrenérgicos, antiparkinsonianos, digital, amiodarona, colchicina, bromocriptina, acarbosa, alendronato, corticoides), considerando los posibles efectos adversos de todos ellos sobre el tubo digestivo.
  - Disminuir la ingesta y producción de aire: masticar despacio, sin prisas. No tomar bebidas carbónicas ni masticar chicle.
  - Comer pequeñas cantidades varias veces al día. Respetar unos horarios en la medida de lo posible.
  - Evitar las legumbres por sus efectos flatulentos.
  - Evitar la ingesta de grasas por sus efectos inhibidores sobre la motilidad gástrica.
  - Moderar o evitar el consumo de estimulantes (café, té, chocolate, etc.).
  - Recomendar ejercicio físico moderado y control de peso.
  - En cualquier caso, instruir al paciente para que evite aquellos alimentos que sabe que le sientan especialmente mal.

## Tratamiento

- Tratamiento farmacológico (Anexo 2)
  - En pacientes con dispepsia de tipo ulceroso: comenzar con ranitidina 300 mg/día o famotidina 40 mg/día durante un mínimo de 4 semanas. Los anti-H<sub>2</sub> han demostrado una superioridad del 20% sobre el placebo.
  - Podría utilizarse un IBP (omeprazol) a dosis de 20 mg/día durante el mismo tiempo, aunque su uso no está indicado formalmente para esta enfermedad.
  - En pacientes con dispepsia tipo dismotilidad: comenzar con domperidona 10 mg/ tres veces al día antes de las comidas o cinitaprida 1 mg/ tres veces al día durante un mínimo de 4 semanas, ya que son los únicos que han demostrado eficacia en tratamientos prolongados y escasos efectos adversos. La mayoría de los estudios se realizaron con cisaprida.

A pesar de su buena respuesta terapéutica frente a placebo y antiH<sub>2</sub>, no debe utilizarse cisaprida para esta indicación al quedar restringida a la gastroparesia diabética y la pseudo-obstrucción crónica idiopática.
  - En pacientes con dispepsia tipo inespecífica puede ser válido cualquier esquema de los anteriores como inicio.

Los pacientes que ya habían recibido tratamiento empírico, y no respondieron adecuadamente, comenzarán con un fármaco de un grupo distinto al que tomaron.

Los expertos no recomiendan el uso de benzodiazepinas a largo plazo en la dispepsia funcional por el riesgo de adicción.
  - Hoy en día no está indicado investigar ni tratar el *Helicobacter pylori* en la dispepsia funcional.
- El Médico de Familia redactará un informe con el diagnóstico de dispepsia funcional junto a las recomendaciones higiénico-dietéticas y el tratamiento farmacológico realizado.
- Extenderá la receta correspondiente.
- Fijará la próxima cita para dentro de un mes.

## Unidad de Atención al Usuario de AP

Actividades	Características de calidad
Gestionar cita para Médico de Familia	<ul style="list-style-type: none"><li>• Trato amable y correcto.</li><li>• Registro informatizado de datos de filiación/ administrativos, con pacientes perfectamente identificados, sin errores.</li><li>• Cita informatizada, con conexión directa a la consulta de AP.</li><li>• Procurará ajustarse al plazo indicado por el Médico de Familia que será de un mes para evaluar la respuesta al tratamiento prescrito.</li><li>• Debe ser atendido por el mismo médico que hizo la evaluación inicial aunque ello suponga demorar la cita unos días.</li></ul>

## Médico de Familia

Actividades	Características de calidad
2ª consulta: valoración	<p>Recogerá en la historia clínica el aspecto subjetivo del paciente y lo que él manifieste acerca de sus síntomas. Pondrá especial atención en la aparición de nuevos síntomas o cambios en los existentes antes del tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• El paciente ha mejorado sensiblemente:<ul style="list-style-type: none"><li>– Insistir en las medidas higiénico-dietéticas y potenciar el apoyo psicológico.</li><li>– Suspender la toma de la medicación mientras se encuentre bien y retomarla a demanda cuando se produzca una recaída de similares características durante 2 - 4 semanas.</li><li>– Planificar una revisión a los 6 meses.</li></ul></li><li>• El paciente continúa igual que al principio:<p>Realizar entrevista dirigida a:</p><ul style="list-style-type: none"><li>– Comprobar que se han seguido las medidas higiénico-dietéticas.</li><li>– Preguntar si se ha seguido el tratamiento correctamente y si los síntomas reaparecieron al suspenderlo o no llegaron a desaparecer.</li><li>– Evaluar si se trata de un paciente con trastorno psiquiátrico de base (ansiedad, depresión, crisis de pánico, etc.)</li><li>– Realizar cuestionario de calidad de vida SF-36 y de intensidad de los síntomas mediante el Glasgow Dispepsia Severity Score, si el paciente no ha mejorado (Anexo 2).</li></ul></li></ul>

- Se puede intentar otras 4 semanas de tratamiento con un fármaco de grupo distinto al que se utilizó en la anterior visita.

Sería conveniente, siempre bajo un clima favorable, incluir los siguientes puntos:

- Realización de anamnesis socio/ familiar que incluya genograma de tres generaciones y acontecimientos vitales estresantes en el último año.
- Investigación sobre problemas similares en los miembros de la familia.
- Preguntar sobre los últimos sucesos en la familia (incorporaciones, pérdidas), etc.
- Incidir en problemas laborales y contexto social.

Pautas de actuación:

- Proponer técnicas de relajación, ofertando al paciente asistir a sesiones de relajación que se oferten en el Centro de Salud.
- Puede valorarse la remisión al Especialista de Digestivo.
- El paciente ha empeorado:
  - Realizar cuestionario de calidad de vida SF-36 y de intensidad de los síntomas mediante la escala Glasgow Dyspepsia Severity Score (versión en castellano).(Anexo 2)
  - Comprobar que no está tomando otros medicamentos potencialmente lesivos.
  - Cerciorarse de que ha seguido el tratamiento correctamente.
  - Preguntar si empeoró al tomar el tratamiento o al suspenderlo.

Sería conveniente, siempre bajo un clima favorable, incluir los siguientes puntos:

- Realización de anamnesis socio / familiar que incluya genograma de tres generaciones y acontecimientos vitales estresantes en el último año.
- Investigación sobre problemas similares en los miembros de la familia.
- Preguntar sobre los últimos sucesos en la familia:
  - Incorporaciones, pérdidas, etc.
  - Incidir en problemas laborales y en el contexto social.
- Plantear interconsulta con el Equipo de Salud Mental en los casos de difícil manejo.
- Remitir a AE para ser valorado por el Digestivo.

## Unidad de Atención al Usuario de AP

Actividades	Características de calidad
Gestionar cita para Digestivo	<ul style="list-style-type: none"><li>• Registro informatizado de datos de filiación/ administrativos.</li><li>• No demora de más de 15 días en AE para valoración por parte del Digestivo.</li><li>• Indicar la hora de visita aproximada dentro de un margen aceptable.</li></ul>

## Digestivo

Actividades	Características de calidad
1ª consulta: valoración	<ul style="list-style-type: none"><li>• Realizará una historia clínica completa, atendiendo a antecedentes personales y familiares, y a la exploración física.</li><li>• Incorporará los datos proporcionados por el Médico de Familia.</li><li>• Interrogará sobre las características de los síntomas, la periodicidad, la forma de aparición, los desencadenantes, la toma de fármacos y otras enfermedades asociadas.</li><li>• Revisará las exploraciones realizadas (endoscopia y analíticas).</li><li>• Indicará la realización de nuevas exploraciones en función de la clínica y la exploración física, si fuera preciso.</li><li>• Realizará un informe para el Médico de Familia con las actuaciones que se han de seguir.</li></ul>

## Unidad de Atención al Usuario de AP

Actividades	Características de calidad
Gestionar cita para Médico de Familia	<ul style="list-style-type: none"><li>• Trato amable y correcto.</li><li>• Registro informatizado de datos de filiación/ administrativos, con pacientes perfectamente identificados, sin errores.</li><li>• Cita informatizada, con conexión directa a la consulta de AP.</li></ul>

<b>Médico de Familia</b>	
<b>Actividades</b>	<b>Características de calidad</b>
Establecer un programa de seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En general, el seguimiento será de unos 6 meses para evaluar la respuesta al tratamiento prescrito y las fluctuaciones de los síntomas.</li> <li>• El paciente con dispepsia funcional debe ser seguido por el Médico de Familia.</li> <li>• Prestar especial atención a la aparición de nuevos síntomas que obliguen a reiniciar el proceso o nuevas investigaciones.</li> <li>• Crear un ambiente de confianza para que el paciente sienta que se concede importancia a su proceso.</li> <li>• Prescribir la medicación que precise para el tratamiento a demanda.</li> </ul>

# 6

## SUBPROCESO ÚLCERA GÁSTRICA

### Definición global

**Definición funcional:** Serie de actuaciones secuenciales encaminadas al tratamiento y seguimiento de la úlcera gástrica hasta su curación.

**Límite de entrada:** Diagnóstico de úlcera gástrica (UG) mediante una endoscopia con toma de biopsias.

**Límite final:**

Curación: Cicatrización tras el tratamiento médico, comprobada mediante una segunda endoscopia, y con erradicación de *Helicobacter pylori* (*Hp*), si la úlcera estaba asociada a dicha infección.

**Límite marginal:**

- Úlcera gástrica maligna (cáncer gástrico ulcerado): úlceras con histología inicial de neoplasia o que, en su seguimiento endoscópico con biopsias, son diagnosticadas como cáncer gástrico ulcerado.
- Úlceras gástricas no pépticas: úlceras poco frecuentes, en relación con procesos sistémicos con la enfermedad de Crohn con afectación gástrica, las úlceras en el



contexto de leucemias basofílicas, síndromes mieloproliferativos, infecciones virales (CMV, VHS1) en inmunocomprometidos, insuficiencia vascular asociada al consumo de cocaína o crack.

- Cirugía: en pacientes con úlceras gástricas pépticas refractarias (no cicatrizadas a pesar de tratamiento médico adecuado), a los que se indica cirugía ante el riesgo de neoplasia subyacente.
- Edad inferior a 14 años.

## Profesionales. Actividades. Características de calidad

### Unidad de Atención al Usuario de AP

Actividades	Características de calidad
Gestionar cita para Médico de Familia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trato amable y correcto.</li> <li>• Registro informatizado de datos de filiación/ administrativos, con pacientes perfectamente identificados, sin errores.</li> <li>• Cita informatizada, y conexión directa con la consulta de Atención Primaria.</li> <li>• Demora en las citas con el Médico de Familia no superior a 24 horas, siendo aconsejable dar la cita para el mismo día en que el paciente la solicita.</li> </ul>

### Médico de Familia

Actividades	Características de calidad
1ª consulta: valoración	<p>Ante un paciente que presenta en la endoscopia solicitada una úlcera gástrica, se le realizará una valoración del resultado de Anatomía Patológica de la muestra tomada durante la endoscopia, así como el <i>status</i> del <i>Helicobacter pylori</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Úlcera gástrica benigna y <i>Helicobacter pylori</i> negativo: Se pautará tratamiento con inhibidor de la bomba de protones (IBP) a dosis doble (omeprazol 20mg/12h) durante 4-8 semanas y se solicitará endoscopia a los 3 meses, para el control de la cicatrización, con toma de biopsia.</li> </ul>

- Úlcera gástrica benigna y *Helicobacter pylori* positivo: Se indicará tratamiento erradicador con omeprazol\* 20 mg/12 horas + amoxicilina 1g/12 horas + claritromicina 500 mg/12 horas durante 7 días.  
En casos de alergia a la penicilina, se sustituirá la amoxicilina por metronidazol 500 mg/12h.
- Úlcera gástrica complicada: en las úlceras gástricas complicadas (con antecedentes de hemorragia o perforación), es recomendable mantener el tratamiento con un IBP a dosis estándar hasta confirmar la erradicación y cicatrización.
- Se solicitará una endoscopia pasadas 6 semanas desde la terapia, para el control de la erradicación y cicatrización, con toma de biopsias y Clotest (test de la ureasa). Suspender el tratamiento con IBP al menos 15 días antes de realizar la endoscopia para no alterar los resultados del *Hp*.
- Consentimiento informado para la realización de la endoscopia: al solicitar la endoscopia, se informará de la conveniencia de la técnica y de los posibles riesgos de la misma. Una vez que el paciente esté informado, será él quien decida la realización de la misma, firmando para ello el consentimiento informado.

\*Nota: La eficacia de los diferentes inhibidores de la bomba de protones es equivalente. Se recomienda el omeprazol por su mejor relación costo/eficacia.

### Unidad de Atención al Usuario de AP

Actividades	Características de calidad
Gestionar cita: – para Médico de Familia. – para la endoscopia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trato amable y correcto.</li> <li>• Registro informatizado de datos de filiación/ administrativos, con pacientes perfectamente identificados, sin errores. Cita informatizada, con conexión directa con la consulta de Atención Primaria.</li> <li>• Gestionar cita para la próxima visita, con una demora no superior a un mes.</li> <li>• Gestionar cita para la realización de una endoscopia, con una demora inferior a 30 días.</li> </ul>

## Médico de Familia

Actividades	Características de calidad
2ª consulta: valoración de pruebas complementarias	<ul style="list-style-type: none"><li>• Se valorará el resultado de la endoscopia, la histología y el Clotest, y se establecerá el plan de actuación:<ul style="list-style-type: none"><li>– Alta: En pacientes con úlcera gástrica cicatrizada y <i>Hp</i> negativo se dará de ALTA por curación, con el consiguiente informe.</li><li>– Derivación a Digestivo: En los casos en los que la úlcera no ha cicatrizado a pesar del tratamiento, o ha existido cicatrización pero la terapia erradicadora no ha sido efectiva, se remitirá al paciente a AE para valoración por el Digestivo.</li><li>– Información al paciente: Se informará al paciente sobre la patología que padece en un lenguaje comprensible, así como sobre los posibles efectos secundarios de la medicación instaurada (omeprazol: cefalea, diarrea, sabor metálico; claritromicina: diarrea, disgeusia, glositis; metronidazol: efecto antabús si se toma con alcohol, urticaria, neuropatía). Para la derivación desde AP a AE, se elaborará un informe donde se resuma la historia clínica del paciente, las pruebas realizadas, la sospecha diagnóstica y el tratamiento instaurado.</li><li>– Registro informatizado: De la historia clínica completa, incluyendo el diagnóstico, el tratamiento instaurado y las pruebas solicitadas.</li></ul></li></ul>

## Unidad de Atención al Usuario de AP

Actividades	Características de calidad
Gestionar cita para Digestivo	<ul style="list-style-type: none"><li>• Trato amable y correcto.</li><li>• Registro informatizado de datos de filiación/ administrativos, con pacientes perfectamente identificados, sin errores. Cita informatizada.</li><li>• Demora en las citas con el Especialista de AE no superior a 15 días.</li></ul>

## Digestivo

Actividades	Características de calidad
1ª consulta: valoración	<ul style="list-style-type: none"><li>• Úlcera gástrica cicatrizada, no erradicada:<ul style="list-style-type: none"><li>– En los pacientes con úlcera gástrica cicatrizada en los que no se ha logrado la erradicación del <i>Hp</i>, se prescribirá ciclo con IBP/12h (omeprazol*) + subcitrate de bismuto (120mg/6h) + metronidazol (500mg/8h) + tetraciclina (500mg/6h) durante 7 días.</li><li>– Se informará al paciente sobre la patología que padece en un lenguaje comprensible, sobre la necesidad del cumplimiento del tratamiento, así como de los posibles efectos secundarios de la medicación instaurada:<ul style="list-style-type: none"><li>– Omeprazol: cefalea, diarrea, sabor metálico.</li><li>– Bismuto: dispepsia, heces oscuras.</li><li>– Tetraciclinas: fotosensibilidad, vómitos, diarrea.</li><li>– Metronidazol: efecto antabús si se toma con alcohol, urticaria, neuropatía.</li></ul></li><li>– Se realizará test del aliento tras 1-2 meses de finalizar el tratamiento para comprobar el <i>estatus</i> del <i>Hp</i>.<ul style="list-style-type: none"><li>– Se procederá al alta del paciente si se confirma la erradicación con el consiguiente informe para el Médico de Familia.</li><li>– Si continua siendo positivo, se solicitará una endoscopia con toma de muestras para cultivo y antibiograma, según el cual se instaurará una nueva pauta erradicadora y se solicitará un nuevo test del aliento tras 2 meses.</li><li>– Los pacientes sometidos a una tercera pauta erradicadora tras el antibiograma y en los que se objetiva la erradicación con el test del aliento solicitado serán dados de alta por curación, con el consiguiente informe para el Médico de familia. En los que no se logre la erradicación tras la tercera pauta erradicadora se mantendrán en seguimiento en coordinación con AP.</li></ul></li></ul></li><li>• Úlcera gástrica no cicatrizada, sí erradicada:<ul style="list-style-type: none"><li>– En los pacientes con úlcera no cicatrizada se investigará el cumplimiento del tratamiento, el tabaquismo intenso y la toma subrepticia de AINEs.</li><li>– Se prescribirá un segundo tratamiento antisecretores durante 8 semanas más con IBP a dosis doble (omeprazol* 20mg/12h), y posteriormente se realizará un control endoscópico para comprobar la cicatrización.</li><li>– En los pacientes tratados con un segundo ciclo antisecretores:<ul style="list-style-type: none"><li>– Se procederá al alta si se comprueba la cicatrización con el consiguiente informe para el Médico de Familia.</li></ul></li></ul></li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Si no ha cicatrizado la úlcera, se derivará a Consulta de Cirugía para su intervención.</li> <li>• A todo paciente que se derive a AP, el Digestivo elaborará un informe donde se resuma la historia clínica del paciente, las pruebas complementarias, el diagnóstico, el tratamiento instaurado, y el de mantenimiento, si precisa.</li> <li>• Se realizará un registro informatizado de la historia clínica completa, incluyendo el diagnóstico, el tratamiento instaurado y las pruebas solicitadas.</li> </ul>
--	--

\*Nota: La eficacia de los diferentes inhibidores de la bomba de protones es equivalente. Se recomienda el omeprazol por su mejor relación costo/eficacia.

Unidad de Atención al Usuario de AP	
Actividades	Características de calidad
Gestionar cita para Médico de Familia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La cita será para el mismo Médico que hizo la evaluación inicial, aunque ello suponga demorarla unos días.</li> </ul>

Médico de Familia	
Actividades	Características de calidad
Establecer un programa de seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En general, el seguimiento será de unos 6 meses para evaluar la respuesta al tratamiento prescrito y las fluctuaciones de los síntomas.</li> <li>• El paciente debe ser seguido por el Médico de Familia, en interrelación con el Digestivo, si fuese preciso.</li> <li>• Prestar especial atención a la aparición de nuevos síntomas que obliguen a reiniciar el proceso o nuevas investigaciones.</li> </ul>

# 7

## SUPROCESO ÚLCERA DUODENAL

### Definición global

**Definición funcional:** Serie de actuaciones secuenciales encaminadas al tratamiento y seguimiento de la úlcera duodenal hasta su curación.

**Límite de entrada:** Diagnóstico de úlcera duodenal (UD) mediante endoscopia.

**Límite final:** Curación.

**Límite marginal:** Úlcera duodenal (UD) por ingesta de AINEs, y en casos de úlcera duodenal secundarias a Zollinger Ellison, hiperparatiroidismo, granulomatosis (Crohn, sarcoidosis). Neoplasias (carcinoma, linfoma, leiomioma, leiomiোসарcoma). Infecciones (tuberculosis, sífilis, herpes simple, citomegalovirus). Tejido pancreático ectópico.



## Profesionales. Actividades. Características de calidad

### Unidad de Atención al Usuario

Actividades	Características de calidad
Gestionar cita para Médico de Familia	<ul style="list-style-type: none"><li>• Trato amable y correcto.</li><li>• Registro informatizado de datos de filiación/ administrativos, con pacientes perfectamente identificados, sin errores.</li><li>• Cita informatizada, con conexión directa a la consulta de AP.</li><li>• No demora en las citas con el Médico de Familia superior a 24 horas, siendo deseable una cita en el día en que el paciente la solicita.</li></ul>

### Médico de Familia

Actividades	Características de calidad
1ª consulta: valoración médica	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ante un paciente con síntomas dispépticos y diagnóstico endoscópico antiguo de úlcera duodenal se realizará una anamnesis y exploración física detallada para descartar síntomas y signos de alarma, pérdida de peso no intencionada, palidez de piel y mucosas, hematemesis y/o melenas e iniciaremos un tratamiento erradicador.</li><li>• Úlcera duodenal recién diagnosticada:<ul style="list-style-type: none"><li>– Si disponemos de un diagnóstico endoscópico reciente de úlcera duodenal, iniciaremos un tratamiento erradicador.</li><li>– La terapia erradicadora acelera la cicatrización de las UD y previene las recidivas en un alto porcentaje cuando se compara con la terapia antisecretora sola.</li></ul>La pauta triple que consigue mejores resultados de erradicación y curación del <i>Helicobacter pylori</i>, causante del 95% de las UD, se realiza con omeprazol* 20 mg / 12 horas + claritromicina 500 mg / 12 horas + amoxicilina 1.000 mg/ 12 horas, durante 7 días. En paciente con alergia a la penicilina: omeprazol 20 mg / 12 horas + claritromicina 500 mg / 12 horas + metronidazol 500 mg / 12 horas, durante 7 días.</li></ul>

No es preciso mantener la terapia antisecretora al finalizar el tratamiento erradicador.

- Cambios en los estilos de vida: abandono del tabaco, limitar el consumo de alcohol, reducción del peso, evitar comidas copiosas e irritantes (cítricos y otras frutas ácidas, tomate, café). Evitar fármacos irritantes para la mucosa gástrica y duodenal: ácido acetilsalicílico, AINEs, corticosteroides, nitratos, antagonistas del calcio, teofilinas. No existen evidencias científicas respecto a la mejora del paciente con la adopción de estas medidas, pero, por consenso, se siguen recomendando.
- Se informará al paciente sobre la patología que padece en un lenguaje comprensible, la necesidad de realizar un cumplimiento correcto del tratamiento, así como de los posibles efectos secundarios a la medicación instaurada:
  - Omeprazol: cefalea, diarrea.
  - Claritromicina: diarrea, disgeusia, glositis, sabor metálico.
  - Metronidazol: efecto antabús si se toma con alcohol, urticaria, neuropatía.
- Registro en la historia clínica del diagnóstico y tratamientos realizados, listado de problemas y codificación en la historia informatizada.

\*Nota: La eficacia de los diferentes inhibidores de la bomba de protones es equivalente. Se recomienda el omeprazol por su mejor relación costo/eficacia.

### Unidad de Atención al Usuario de AP

Actividades	Características de calidad
Gestionar cita para Médico de Familia	<ul style="list-style-type: none"><li>• Trato amable y correcto.</li><li>• Registro informatizado de datos de filiación/ administrativos, con pacientes perfectamente identificados, sin errores.</li><li>• Cita informatizada, con conexión directa a la consulta de AP al mes de finalizar el tratamiento erradicador.</li></ul>



## Médico de Familia

Actividades	Características de calidad
2ª consulta: revisión	<ul style="list-style-type: none"><li>• Al mes de finalizar el tratamiento erradicador, citaremos al paciente para evaluar:<ul style="list-style-type: none"><li>- El cumplimiento terapéutico.</li><li>- La existencia o no de sintomatología.</li></ul></li><li>• Pacientes asintomáticos: se les dará el alta médica sin tratamiento ni pruebas adicionales.</li><li>• Pacientes que permanecen con síntomas y antecedentes de úlcera duodenal complicada (antecedentes de hemorragia y/o perforación), se les solicitará el test del aliento evitando los tratamientos con antibióticos y/o IBP al menos 15 días antes de la realización de la prueba.</li></ul>
3ª consulta: reevaluación tras el test del aliento	<ul style="list-style-type: none"><li>• Paciente con síntomas y cuyo test de aliento ha dado negativo: se debe valorar el tipo de síntomas, ya que algunos pacientes a los que se les ha erradicado el <i>Helicobacter pylori</i> pueden comenzar con pirosis por ERGE subyacente. Si los síntomas son de suficiente entidad, se incluirá al paciente en el Subproceso ERGE.</li><li>• Paciente cuyo test del aliento ha dado positivo: instaurar tratamiento con la segunda pauta erradicadora: omeprazol* 20 mg/ 12 horas + subcitrato de bismuto 120 mg / 6 horas + metronidazol 500 mg / 8 horas + tetraciclina 500 mg / 6 horas, durante 7 días.<ul style="list-style-type: none"><li>- Informar al paciente sobre los posibles efectos adversos de la medicación:<ul style="list-style-type: none"><li>- Omeprazol: cefalea, diarrea.</li><li>- Bismuto: dispepsia, heces oscuras.</li><li>- Tetraciclina: fotosensibilidad, vómitos, diarrea.</li><li>- Metronidazol: efecto antabús si se toma con alcohol, urticaria, neuropatía.</li></ul></li><li>- Al paciente asintomático tras la segunda pauta de tratamiento erradicador, se le dará de alta sin tratamiento ni pruebas adicionales.</li></ul></li></ul>

- Al paciente sintomático tras la segunda pauta erradicadora se le realizará el test del aliento:
  - Si el test del aliento ha dado negativo, se le tratará con antisecretores y se realizará seguimiento.
  - Si el test del aliento ha dado positivo tras la segunda pauta de tratamiento erradicador, se le derivará a Digestivo para la realización de un estudio endoscópico, una biopsia y un antibiograma.

\*Nota: La eficacia de los diferentes inhibidores de la bomba de protones es equivalente. Se recomienda el omeprazol por su mejor relación costo/eficacia.

Unidad de Atención al Usuario de AP	
Actividades	Características de calidad
Gestionar cita para Digestivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trato amable y correcto.</li> <li>• Registro informatizado de datos de filiación/ administrativos, con pacientes perfectamente identificados, sin errores.</li> <li>• Demora máxima de 15 días en las citas para el Digestivo.</li> </ul>

Digestivo	
Actividades	Características de calidad
1ª consulta: valoración	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Al paciente que ha realizado la primera y la segunda pauta erradicadora y le persisten el <i>H. pylori</i> positivo y/o los síntomas se le realizará una endoscopia y biopsia para el antibiograma.</li> <li>• Se le prescribirá un tratamiento según los resultados del antibiograma y se le solicitará el test de aliento al mes de finalizar dicho tratamiento.</li> <li>• Una vez realizado el test del aliento:           <ul style="list-style-type: none"> <li>- si es negativo, se procederá al alta con un informe completo para el Médico de Familia.</li> <li>- si el test fuese positivo, se enviará un informe al Médico de Familia indicando la necesidad de realizar un seguimiento clínico y tratamiento si el paciente presentase síntomas.</li> </ul> </li> </ul>

## Unidad de Atención al Usuario

Actividades	Características de calidad
Gestionar cita para Médico de Familia	<ul style="list-style-type: none"><li>• La cita debe de ser para el mismo Médico que hizo la evaluación inicial.</li></ul>

## Médico de Familia

Actividades	Características de calidad
Establecer un programa de seguimiento	<ul style="list-style-type: none"><li>• En general, el seguimiento será de unos 6 meses para evaluar la respuesta al tratamiento prescrito y las fluctuaciones de los síntomas.</li><li>• El paciente con UD no erradicada debe ser seguida por el Médico de Familia, en coordinación con el Digestivo.</li><li>• Prestar especial atención a la aparición de nuevos síntomas que obliguen a reiniciar el proceso o nuevas investigaciones.</li></ul>

# 8

## SUBPROCESO ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO (ERGE)

### Definición global

**Definición:** Serie de actuaciones secuenciales encaminadas al tratamiento y seguimiento de la ERGE.

**Límites de entrada:**

- Diagnóstico de ERGE con esofagitis comprobada a través de una endoscopia.
- Síntomas de pirosis y regurgitación.

**Límite final:**

Al ser una patología recidivante, el paciente puede volver a entrar en el proceso ante una recaída, por lo que no siempre hay límite final.

**Límites marginales:**

- Adenocarcinoma de esófago, divertículo esofágico y cualquier patología esofágica distinta a la ERGE.
- ERGE que requiera derivación para una intervención quirúrgica.
- Edad inferior a 14 años.



## Profesionales. Actividades. Características de calidad

### Unidad de Atención al Usuario de AP

Actividades	Características de calidad
Gestionar cita para Médico de Familia	<ul style="list-style-type: none"><li>• Trato amable y correcto.</li><li>• Registro informatizado de datos de filiación/ administrativos, con pacientes perfectamente identificados, sin errores.</li><li>• Cita informatizada, con conexión directa a la consulta de AP.</li><li>• Demora máxima de 24 horas en las citas para el Médico de Familia.</li></ul>

### Médico de Familia

Actividades	Características de calidad
1ª consulta: valoración médica	<ul style="list-style-type: none"><li>• El paciente que presenta síntomas de pirosis y regurgitación ácida puede diagnosticarse de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) por la historia clínica, con independencia de la edad tras ensayo terapéutico con IBP.</li><li>• Valorar en la anamnesis la presencia de síntomas atípicos como: tos, asma, dolor torácico, disfonía, odinofagia.</li><li>• Valoración general (nutrición y coloración de la piel) y abdominal (descartar megalias), tacto rectal, si se sospecha de anemia /hemorragia digestiva.</li><li>• Si en la anamnesis o exploración aparecen síntomas de alarma (disfonía, disfagia, síndrome general), se solicitará un estudio analítico y endoscópico (esofagogastroscofia) en la primera consulta médica.</li></ul> <p>Síntomas leves de ERGE:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Medidas generales y consejo sanitario: el médico ayudará a identificar y modificar hábitos o situaciones que puedan desencadenar o agravar la sintomatología del paciente, tales como dietas grasas, bebidas bicarbonatadas, con cafeína, cítricos, alcohol, tabaco, aumento de peso, ejercicio físico intenso, medicamentos: antagonistas del calcio, diazepam, alprazolam, teofilina, alendronato, nitratos, contraceptivos orales, antagonistas alfa y beta-adrenérgicos, anticolinérgicos y otros que se han relacionado con la ERGE, pero no han demostrado tener un papel fundamental (al menos no existe una fuerte evidencia que los avale). No obstante, se sigue recomendando, como primera medida terapéutica, la modificación de dichos hábitos.</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las pautas de dormir con la cabecera elevada y no acostarse antes de transcurridas tres horas desde la última ingesta, no han demostrado un claro beneficio según los estudios actuales, excepto en el caso de pacientes con esofagitis.</li> <li>• Los antiácidos y los alginatos se pueden asociar a las medidas generales para el control puntual de los síntomas leves cuando éstos se presentan menos de dos veces en semana. Si bien han demostrado ser más efectivos que el placebo, no existe evidencia sobre su papel en la curación.</li> <li>• Los anti-H<sub>2</sub> son eficaces para el control de los síntomas, no muy intensos, de la ERGE, a corto plazo.</li> <li>• Cuando la frecuencia o intensidad de los síntomas aumenta se iniciará tratamiento con: IBP a dosis estándar durante 4 semanas (omeprazol 20mg/24h).</li> <li>• El ensayo terapéutico con IBP tiene un valor diagnóstico en pacientes con síntomas de ERGE. No existen diferencias significativas entre los diferentes IBP. Por su mejor relación coste/eficacia, se recomienda el omeprazol.</li> </ul>
<p>2ª consulta: valoración del tratamiento</p>	<p>En la segunda consulta se valorará el tratamiento instaurado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se ensaya la retirada y si, tras la administración del tratamiento con IBP, el paciente está asintomático, se suspenderá el tratamiento. Si reapareciera la sintomatología se reanuda el tratamiento a la dosis inicial y se espaciarán o disminuirán las dosis progresivamente hasta encontrar la mínima dosis eficaz, y/o se planteará un tratamiento a demanda o intermitente.</li> <li>• Si los síntomas no han desaparecido o mejorado, se doblará la dosis de IBP hasta completar las 8 semanas de tratamiento.</li> </ul>
<p>3ª consulta: visita médica</p>	<p>Valoración del tratamiento tras 8 semanas con dosis doble de IBP:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si desaparecen los síntomas o presenta mejoría, se ensaya la retirada disminuyendo la dosis progresivamente hasta encontrar la mínima dosis eficaz y se plantea un tratamiento a demanda o intermitente.</li> <li>• Si presenta síntomas de alarma (disfonía, disfagia, síndrome general, o hemorragia digestiva), o bien no responde al tratamiento empírico, debe realizarse una endoscopia.</li> <li>• Registro de datos en la historia clínica del paciente: pauta de actuación, juicio clínico y lista de problemas.</li> <li>• Si se ha realizado una endoscopia, y siguiendo la clasificación de Savary Miller, el resultado de la misma puede ser:</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No esofagitis o esofagitis grado II, en cuyo caso se le aconsejará al paciente continuar con las medidas generales y el tratamiento hasta completar IBP a dosis estándar durante 8 semanas.</li> <li>- Esofagitis III-IV o esófago de Barrett, en cuyo caso se procederá a derivarlo al Digestivo con un informe completo de todas las actuaciones realizadas.</li> <li>• Información al paciente de todas las actuaciones realizadas, del tratamiento y del plan de seguimiento, de modo comprensible. Evolución posible de su enfermedad.</li> </ul>
--	---

Unidad de Atención al Usuario AP	
Actividades	Características de calidad
Gestión de cita para Digestivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es deseable que no se produzca una demora en la cita superior a 15 días.</li> </ul>

Digestivo	
Actividades	Características de calidad
Valoración	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Continuación del estudio a partir del punto en que lo finalizó el Médico de Familia.</li> <li>• Si el paciente aporta historia clínica y pruebas complementarias recientes, se evitará la repetición de las mismas haciendo una valoración global, y revisando y modificando el tratamiento, si se considera necesario.</li> <li>• El tratamiento indicado en una esofagitis de grado III/IV, se realizará con una IBP a dosis doble durante 8 semanas (omeprazol* 20mg/12h).</li> <li>• Si el paciente ha mejorado, se indicará terapia de mantenimiento con dosis estándar de IBP para evitar complicaciones como úlceras de esófago y estenosis.</li> </ul>
Reevaluación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar la respuesta a los 6 meses. Si existe buen control se continúa el tratamiento de forma indefinida y, si no existe mejoría, se realizará una nueva endoscopia y pH-metría, para valorar la persistencia de la esofagitis o, habiéndose curado ésta, la de la ERGE.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicación clara y comprensible sobre el diagnóstico, el seguimiento y el tratamiento.</li> <li>• Derivación al Médico de Familia con un informe que contenga: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Estudio realizado</li> <li>– Diagnóstico</li> <li>– Tratamiento</li> <li>– Seguimiento /controles</li> <li>– Revisión por Digestivo (cita...)</li> <li>– Realizar la primera receta</li> </ul> </li> </ul>
--	--

\*Nota: La eficacia de los diferentes inhibidores de la bomba de protones es equivalente. Se recomienda el omeprazol por su mejor relación costo/eficacia.

<b>Unidad de Atención al Usuario de AP</b>	
<b>Actividades</b>	<b>Características de calidad</b>
Gestionar cita para Médico de Familia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trato amable y correcto.</li> <li>• Cita informatizada, con conexión directa a la consulta de AP.</li> <li>• Demora máxima de 24 horas en las citas para el Médico de Familia.</li> </ul>

<b>Médico de Familia</b>	
<b>Actividades</b>	<b>Características de calidad</b>
Valoración y seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aclarar dudas al paciente sobre su problema.</li> <li>• Continuidad de tratamiento según los resultados.</li> <li>• En general, no está indicada la endoscopia de seguimiento a excepción del esófago de Barrett.</li> <li>• Seguimiento del paciente en coordinación AP/AE.</li> </ul>



# Competencias Profesionales

## Competencias Generales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA)

La **competencia** es un concepto que hace referencia a la capacidad necesaria que ha de tener un profesional para realizar un trabajo eficazmente, es decir, para producir los resultados deseados, y lograr los objetivos previstos por la organización en la que desarrolla su labor. Así entendida, la competencia es un valor susceptible de ser cuantificado.

Las competencias se pueden clasificar en tres áreas:

- Conocimientos: el conjunto de saberes teórico-prácticos y la experiencia adquirida a lo largo de la trayectoria profesional, necesarios para el desempeño del puesto de trabajo.
- Habilidades: capacidades y destrezas, tanto genéricas como específicas, que permiten garantizar el éxito en el desempeño del puesto de trabajo.
- Actitudes: características o rasgos de personalidad del profesional que determinan su correcta actuación en el puesto de trabajo.

El Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía incluye entre sus objetivos la puesta en marcha de un Sistema de Gestión Profesional por Competencias. Con esta finalidad, se ha constituido un grupo de trabajo central de Gestión por Competencias y, tras diversas reuniones con profesionales del SSPA, se ha generado, para cuatro grupos profesionales (médicos, enfermeras, matronas y fisioterapeutas), un Mapa General de Competencias tipo, en el que se han establecido las competencias que son nucleares para el desempeño y desarrollo exitoso de cada puesto de trabajo en la organización sanitaria actual, con independencia del nivel o proceso asistencial en el que se ubiquen los respectivos profesionales.

En una segunda fase, se han categorizado dichas competencias nucleares para cada nivel de exigencia (de selección, de experto o de excelencia), de acuerdo a dos categorías: Imprescindible (I) y Deseable (D).

En el nivel de *excelencia*, todas las competencias identificadas tienen el carácter de *imprescindible*. Sin embargo, no son entre sí de igual valor relativo. Para esta discriminación, se ha dado un valor relativo a cada competencia, siendo 1 el valor de menor prioridad y 4 el de la máxima. Se ha generado así el perfil relativo de competencias para el nivel de excelencia que, por término medio, se alcanza entre los 3 y 5 años de incorporación al puesto de trabajo.

Con toda esta información, se han construido los Mapas de Competencias tipo de los profesionales del SSPA, en los que no se incluyen las Competencias Específicas de cada proceso o nivel asistencial.

A partir de este punto, y para la adecuada puesta en marcha de la Gestión por Competencias, resulta necesario definir específicamente las competencias de los distintos niveles, tal y como se ha hecho, por ejemplo, para los profesionales de los servicios de urgencia, para los de las empresas públicas de reciente constitución, etc.

## Competencias Específicas del Proceso

En el caso concreto del diseño de los Procesos Asistenciales, resulta también necesario definir las competencias que deben poseer los profesionales para el desempeño de su labor en el desarrollo de dichos procesos.

No obstante, no es pertinente detenerse en la definición de las Competencias Específicas de cada una de las especialidades o titulaciones, puesto que éstas se encuentran ya estandarizadas y definidas muy detalladamente en los planes específicos de formación correspondientes a cada una de las mismas.

Sin embargo, sí resulta de mucha mayor utilidad definir concretamente aquellas otras competencias que, si bien son consideradas necesarias para el desarrollo de los Procesos Asistenciales, no se incluyen habitualmente, o de manera estándar, en los planes de formación especializada, o bien, aún estando contempladas en éstos, requieren de un énfasis especial en su definición.

Esto, además, representa un desafío importante para el SSPA, pues debe diseñar y gestionar las actividades de formación adecuadas y necesarias para conseguir que los profesionales que participan en los procesos, que ya cuentan con determinados conocimientos, habilidades y actitudes adquiridas durante su formación académica en orden a lograr su titulación, puedan incorporar ahora esas otras competencias que facilitarán que el desarrollo de los mismos se realice con el nivel de calidad que el SSPA quiere ofrecer al ciudadano, eje central del sistema.

De esta forma, y una vez definidos los Mapas de Competencias Generales (Competencias tipo) de Médicos/as y Enfermeros/as, se han establecido las Competencias Específicas por Procesos Asistenciales, focalizando la atención básicamente en las competencias que no están incluidas habitualmente (o no lo están con detalle) en la titulación oficial exigible para el desempeño profesional en cada uno de los niveles asistenciales. Para determinar estas competencias, se ha utilizado una metodología de paneles de expertos formados por algunos de los miembros de los grupos encargados de diseñar cada proceso asistencial, pues son ellos quienes más y mejor conocen los requisitos necesarios para su desarrollo. El trabajo final de elaboración global de los mapas ha sido desarrollado por el grupo central de competencias.

A continuación, se presenta el Mapa de Competencias para el Proceso, que incluye tanto la relación de Competencias Generales para Médicos/as y Enfermeros/as del SSPA (Competencias tipo) como las Competencias Específicas de este Proceso, las cuales, como ya se ha mencionado a lo largo de esta introducción, no están incluidas con el suficiente énfasis en los requisitos de titulación.

Así, los diferentes profesionales implicados en los procesos, junto con los correspondientes órganos de gestión y desarrollo de personas, podrán valorar, según su titulación específica y las competencias acreditadas, cuáles son las actividades de formación y de desarrollo profesional que les resultan necesarias para adquirir las nuevas competencias en aras de lograr un mayor nivel de éxito en el desarrollo de los Procesos Asistenciales.

## COMPETENCIAS PROFESIONALES: MÉDICOS

COMPETENCIAS PROFESIONALES: MÉDICOS								
CONOCIMIENTOS		FASE A Criterio de selección	FASE B Experto	FASE C Excelente	PERFIL			
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
C-0161	Organización y legislación sanitaria (conocer la organización sanitaria de España y Andalucía, prestaciones del SNS y específicas de Andalucía, así como la cartera de servicios del SSPA)	I	I	I				
C-0181	Derechos y deberes de los usuarios	I	I	I				
C-0184	Educación para la salud, consejo médico, estilos de vida	I	I	I				
C-0024	Informática, nivel usuario	I	I	I				
C-0085	Formación básica en prevención de riesgos laborales	I	I	I				
C-0077	Soporte Vital Avanzado Cardiológico	I	I	I				
C-0510	Conocimientos básicos de técnicas diagnósticas y terapéuticas según proceso	I	I	I				
C-0605	Conocimiento de tratamiento farmacológico "según proceso"	I	I	I				
C-0526	Efectos secundarios e interacciones de fármacos	I	I	I				
C-0573	Diagnóstico, tratamiento y pronóstico específicos "según proceso"	I	I	I				
C-0538	Fisiopatología específica "según proceso"	I	I	I				
C-0169	Prestaciones del SNS y específicas de Andalucía	D	I	I				
C-0176	Cartera de servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía	D	I	I				
C-0175	Bioética de las decisiones clínicas y de la investigación	D	I	I				
C-0032	Metodología de la investigación nivel básico (elaboración de protocolos; recogida, tratamiento y análisis de datos; escritura científica, búsquedas bibliográficas, normas de publicación)	D	I	I				
C-0167	Medicina basada en la evidencia: aplicabilidad	D	I	I				
C-0173	Metodología de calidad	D	I	I				
C-0168	Planificación, programación de actividad asistencial	D	I	I				
C-0107	Sistemas de evaluación sanitaria	D	I	I				
C-0555	Guía prácticas de uso "según proceso"	D	I	I				
C-0082	Inglés, nivel básico	D	I	I				
C-0180	Definición de objetivos y resultados: DPO	D	D	I				
C-0023	Tecnologías para la información y las comunicaciones	D	D	I				
C-0060	Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas	D	D	I				
C-0069	Metodología en gestión por procesos	D	D	I				

## COMPETENCIAS PROFESIONALES: MÉDICOS

HABILIDADES		FASE A Criterio de selección	FASE B Experto	FASE C Excelente	PERFIL			
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
H-0054	Informática, nivel usuario	I	I	I				
H-0024	Capacidad de relación interpersonal (asertividad, empatía, sensibilidad, capacidad de construir relaciones)	I	I	I				
H-0059	Capacidad de trabajo en equipo	I	I	I				
H-0005	Capacidad de análisis y síntesis	I	I	I				
H-0087	Entrevista clínica	I	I	I				
H-0094	Visión continuada e integral de los procesos	I	I	I				
H-0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles	I	I	I				
H-0023	Capacidad para tomar decisiones	I	I	I				
H-0347	Técnicas endoscópicas	I	I	I				
H-0310	Interpretación de pruebas complementarias "según proceso"	I	I	I				
H-0333	Técnicas de ayuda psicológica no reglada	I	I	I				
H-0344	Emisión de informes de derivación	I	I	I				
H-0055	Capacidad docente	D	I	I				
H-0026	Capacidad para delegar	D	I	I				
H-0083	Capacidad de promover y adaptarse al cambio	D	I	I				
H-0032	Comunicación oral y escrita	D	I	I				
H-0085	Dar apoyo	D	I	I				
H-0031	Gestión del tiempo	D	I	I				
H-0080	Aplicación de técnicas básicas de investigación	D	I	I				
H-0004	Capacidad de "humanizar" la tecnología	D	I	I				
H-0413	Educación del paciente en el manejo de su enfermedad y promoción del autocuidado	D	I	I				
H-0028	Habilidad de comunicación, transmisión	D	I	I				
H-0042	Manejo de telemedicina	D	I	I				
H-0009	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre	D	I	I				
H-0035	Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual	D	D	I				
H-0025	Capacidad de liderazgo	D	D	I				
H-0010	Capacidad de ilusionar y motivar, incorporar adeptos y estimular el compromiso	D	D	I				
H-0021	Habilidad negociadora y diplomática	D	D	I				
H-0078	Afrontamiento del estrés	D	D	I				
H-0029	Capacidad de planificación y organización	D	D	I				

## COMPETENCIAS PROFESIONALES: MÉDICOS

ACTITUDES		FASE A Criterio de selección	FASE B Experto	FASE C Excelente	PERFIL			
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
A-0001	Actitud de aprendizaje y mejora continua	I	I	I				
A-0049	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a sus necesidades, disponibilidad y accesibilidad)	I	I	I				
A-0040	Orientación a resultados	I	I	I				
A-0050	Responsabilidad	I	I	I				
A-0046	Flexible, adaptable al cambio, accesible	I	I	I				
A-0018	Honestidad, sinceridad	I	I	I				
A-0041	Capacidad de asumir compromisos	I	I	I				
A-0048	Talante positivo	I	I	I				
A-0051	Sensatez	I	I	I				
A-0043	Discreción	I	I	I				
A-0009	Dialogante, negociador	I	I	I				
A-0047	Generar valor añadido a su trabajo	I	I	I				
A-0065	Comprensión	I	I	I				
A-0005	Capacidad de integración entre las áreas y líneas	I	I	I				
A-0044	Autocontrol, autoestima, autoimagen	D	I	I				
A-0007	Creatividad	D	I	I				
A-0045	Colaborador, cooperador	D	I	I				
A-0057	Humanización de las capacidades científico-técnicas	D	I	I				
A-0061	Orientación al fomento del autocuidado	D	I	I				
A-0038	Resolutivo	D	I	I				
A-0024	Juicio crítico	D	I	I				
A-0027	Orientación al cliente (el ciudadano como centro). Respeto de los derechos de los pacientes	D	I	I				
A-0052	Visión de futuro	D	D	I				

## COMPETENCIAS PROFESIONALES: ENFERMEROS

CONOCIMIENTOS		FASE A Criterio de selección	FASE B Experto	FASE C Excelente	PERFIL			
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
C-0161	Organización y legislación sanitaria (conocer la organización sanitaria de España y Andalucía, prestaciones del SNS y específicas de Andalucía, así como la cartera de servicios del SSPA)	I	I	I				
C-0181	Derechos y deberes de los usuarios	I	I	I				
C-0085	Formación básica en prevención de riesgos laborales	I	I	I				
C-0171	Promoción de la salud (educación para la salud, consejos sanitarios)	I	I	I				
C-0077	Soprote Vital Avanzado Cardiológico	I	I	I				
C-0165	Metodología de cuidados (procedimientos, protocolos, guías de práctica clínica, mapas de cuidados, planificación de alta y continuidad de cuidados)	I	I	I				
C-0357	Conocimientos de ECG básica	I	I	I				
C-0383	Técnicas de limpieza y desinfección de instrumental y superficies	I	I	I				
C-0004	Conocimientos básicos de calidad (indicadores, estándares, documentación clínica, acreditación, guías de práctica clínica)	D	I	I				
C-0032	Metodología de la investigación nivel básico (elaboración de protocolos; recogida, tratamiento y análisis de datos; escritura científica, búsquedas bibliográficas, normas de publicación)	D	I	I				
C-0179	Conocimientos básicos de gestión de recursos (planificación, programación de actividad asistencial, indicadores de eficiencia, control del gasto)	D	I	I				
C-0510	Conocimientos básicos de técnicas diagnósticas y terapéuticas según proceso	D	I	I				
C-0612	Proceso enfermero	D	I	I				
C-0499	Conocimientos epidemiológicos (curvas de supervivencia, tasas de mortalidad, factores de riesgo, impacto...)	D	I	I				
C-0348	Conocimiento sobre manejo seguro de equipos electromédicos	D	I	I				
C-0174	Bioética	D	D	I				
C-0082	Inglés, nivel básico	D	D	I				
C-0060	Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas	D	D	I				
C-0023	Tecnologías para la información y las comunicaciones	D	D	I				
C-0069	Metodología en gestión por procesos	D	D	I				
C-0455	Conocimientos en técnicas de comunicación	D	D	I				
C-0538	Fisiopatología específica "según proceso"	D	D	I				

## COMPETENCIAS PROFESIONALES: ENFERMEROS

HABILIDADES		FASE A Criterio de selección	FASE B Experto	FASE C Excelente	PERFIL			
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
H-0059	Capacidad de trabajo en equipo	I	I	I				
H-0005	Capacidad de análisis y síntesis	I	I	I				
H-0089	Individualización de cuidados	I	I	I				
H-0032	Comunicación oral y escrita	I	I	I				
H-0228	Capacidad de inspirar confianza y seguridad a los pacientes y familiares	I	I	I				
H-0023	Capacidad para tomar decisiones	D	I	I				
H-0022	Resolución de problemas	D	I	I				
H-0024	Capacidad de relación interpersonal (asertividad, empatía, sensibilidad interpersonal, capacidad de construir relaciones)	D	I	I				
H-0054	Informática, nivel usuario	D	I	I				
H-0031	Gestión del tiempo	D	I	I				
H-0083	Capacidad de promover y adaptarse al cambio	D	I	I				
H-0026	Capacidad para delegar	D	I	I				
H-0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles	D	I	I				
H-0055	Capacidad docente	D	I	I				
H-0094	Visión continuada e integral de los procesos	D	I	I				
H-0080	Aplicación de técnicas básicas de investigación	D	I	I				
H-0078	Afrontamiento del estrés	D	I	I				
H-0028	Habilidad de comunicación, transmisión	D	I	I				
H-0373	Registros de enfermería (plan de acogida, valoración inicial, plan de cuidados...)	D	I	I				
H-0364	Instrumentación en pruebas endoscópicas	D	I	I				
H-0415	Valoración de necesidades	D	I	I				
H-0394	Detectar complicaciones	D	I	I				
H-0355	Identificación y valoración de signos y síntomas "según proceso"	D	I	I				
H-0004	Capacidad de "humanizar" la tecnología	D	D	I				
H-0009	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre	D	D	I				
H-0010	Capacidad de ilusionar y motivar, incorporar adeptos y estimular el compromiso	D	D	I				
H-0035	Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual	D	D	I				
H-0021	Habilidad negociadora y diplomática	D	D	I				

## COMPETENCIAS PROFESIONALES: ENFERMEROS

CÓDIGO	ACTITUDES COMPETENCIA LITERAL	FASE A	FASE B	FASE C	PERFIL			
		Criterio de selección	Experto	Excelente	1	2	3	4
A-0001	Actitud de aprendizaje y mejora continua	I	I	I				
A-0049	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a sus necesidades, disponibilidad y accesibilidad	I	I	I				
A-0040	Orientación a resultados	I	I	I				
A-0050	Responsabilidad	I	I	I				
A-0046	Flexible, adaptable al cambio, accesible,	I	I	I				
A-0018	Honestidad, sinceridad	I	I	I				
A-0041	Capacidad de asumir compromisos	I	I	I				
A-0048	Talante positivo	I	I	I				
A-0051	Sensatez	I	I	I				
A-0043	Discreción	I	I	I				
A-0009	Dialogante, negociador	I	I	I				
A-0047	Generar valor añadido a su trabajo	I	I	I				
A-0027	Orientación al cliente (el ciudadano como centro). Respeto de los derechos de los pacientes	D	I	I				
A-0044	Autocontrol, autoestima, autoimagen	D	I	I				
A-0007	Creatividad	D	I	I				
A-0045	Colaborador, cooperador	D	I	I				
A-0024	Juicio crítico	D	I	I				
A-0020	Proactivo	D	I	I				
A-0038	Resolutivo	D	D	I				
A-0052	Visión de futuro	D	D	I				



## COMPETENCIAS RELACIONADAS CON EL PROCESO DE DiSPEPSIA

### CONOCIMIENTOS

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	DESCRIPCIÓN COMPETENCIA
C-0004	Conocimientos básicos de calidad (indicadores, estándares, documentación clínica, acreditación, guías de práctica clínica)	Conocimientos básicos de calidad
C-0023	Tecnologías para la información y las comunicaciones	El/la profesional conoce las nuevas tecnologías en materia de telecomunicaciones e informática
C-0024	Conocimientos en informática, nivel usuario	El/la profesional utiliza adecuadamente los paquetes informáticos básicos de su organización
C-0032	Metodología de la investigación nivel básico (elaboración de protocolos; recogida, tratamiento y análisis de datos; escritura científica, búsquedas bibliográficas, normas de publicación)	El/la profesional conoce las metodologías y técnicas básicas para participar adecuadamente en un proyecto de investigación o liderarlo
C-0060	Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas	El/la profesional ha adquirido conocimientos específicos en gestión de personas
C-0069	Metodología en gestión por procesos	El/la profesional conoce métodos para gestionar una organización por procesos
C-0077	Soporte Vital Avanzado Cardiológico	Técnicas específicas de aplicación en Soporte Vital Avanzado
C-0082	Inglés, nivel básico	El/la profesional puede hablar y comprender una lectura a nivel básico de inglés
C-0085	Formación general en prevención de riesgos laborales	El/la profesional tiene conocimientos generales suficientes sobre la prevención de riesgos en su puesto de trabajo
C-0107	Sistemas de evaluación sanitaria	El/la profesional conoce la metodología específica en evaluación sanitaria
C-0161	Organización y legislación sanitaria (conocer la organización sanitaria de España y Andalucía, prestaciones del SNS y específicas de Andalucía, así como la cartera de servicios del SSPA)	El/la profesional conoce la estructura organizativa del SSPA y las prestaciones del SNS y las específicas de Andalucía
C-0165	Metodología de cuidados (procedimientos, protocolos, guías de práctica clínica, mapas de cuidados, planificación de alta y continuidad de cuidados)	Conocimiento en metodología de cuidados enfermeros
C-0167	Medicina basada en la evidencia: aplicabilidad	Técnica específica
C-0168	Planificación, programación de actividad asistencial	El/la profesional conoce cómo establecer la planificación de la actividad asistencial de su ámbito de responsabilidad
C-0169	Prestaciones del SNS y específicas de Andalucía	El/la profesional conoce las prestaciones del SNS y las específicas de Andalucía
C-0171	Promoción de la salud (educación para la salud, consejos sanitarios)	Técnica específica
C-0173	Metodología de calidad	Técnica específica
C-0174	Bioética	Técnica específica
C-0175	Bioética de las decisiones clínicas y de la investigación	Técnica específica
C-0176	Cartera de servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía	El/la profesional conoce la cartera de servicios de los distintos centros de trabajo sanitarios
C-0179	Conocimientos básicos de gestión de recursos (planificación, programación de actividad asistencial, indicadores de eficiencia, control del gasto)	El/la profesional tiene conocimientos básicos de gestión de recursos acordes con su ámbito de responsabilidad
C-0180	Definición de objetivos y resultados: DPO	El/la profesional conoce la dirección por objetivos y cómo se aplica
C-0181	Derechos y deberes de los usuarios	El/la profesional conoce la carta de derechos y deberes de los ciudadanos en Andalucía
C-0184	Educación para la salud, consejo médico, estilos de vida	Técnica específica
C-0357	Conocimientos de ECG básica	Técnica específica
C-0383	Técnicas de limpieza y desinfección de instrumental y superficies	Técnica específica

## CONOCIMIENTOS

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	DESCRIPCIÓN COMPETENCIA
C-0455	Conocimientos en técnicas de comunicación	El/la profesional conoce técnicas de comunicación verbal y no verbal
C-0499	Conocimientos epidemiológicos (curvas de supervivencia, tasas de mortalidad, factores de riesgo, impacto)	Técnicas específicas
C-0510	Conocimientos básicos de técnicas diagnósticas y terapéuticas según proceso	Técnicas específicas
C-0526	Efectos secundarios e interacciones de fármacos	Técnicas específicas
C-0538	Fisiopatología específica "según proceso"	Técnicas específicas
C-0555	Guías prácticas de uso "según proceso"	Técnicas específicas
C-0573	Diagnóstico, tratamiento y pronóstico específicos	Específico por patología
C-0605	Conocimiento del tratamiento farmacológico "según proceso"	El/la profesional conoce los tratamientos farmacológicos relacionados con el proceso: fármacos, pautas y vías de administración
C-0612	Proceso enfermero	
C-0348	Manejo seguro de equipos electromédicos	Técnica específica

## HABILIDADES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	DESCRIPCIÓN COMPETENCIA
H-0004	Capacidad de "humanizar" la tecnología	El/la profesional orienta su uso y/o definición de las necesidades tecnológicas desde la perspectiva del usuario
H-0005	Capacidad de análisis y síntesis	El/la profesional tiene la capacidad de extraer lo esencial de una gran cantidad de información, aplicar métodos de simplificación, resumen y sinopsis, sacando conclusiones acertadas de la información o de la situación
H-0009	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0010	Capacidad de ilusionar y motivar, incorporar adeptos y estimular el compromiso	El/la profesional establece mecanismos de relación interpersonal que inducen estímulos positivos en sus colaboradores. Éstos manifiestan interés en trabajar en los proyectos presentados por dicho profesional, confianza en su trabajo e ilusión por los resultados
H-0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles	El/la profesional identifica claramente la cantidad y cualidad necesarios para cada actividad, utilizándolos de forma eficiente
H-0021	Habilidad negociadora y diplomática	El/la profesional utiliza de forma adecuada métodos de gestión positiva de conflictos
H-0022	Resolución de problemas	El/la profesional analiza las situaciones con criterio y juicio analítico para identificar posibles alteraciones y aplicar la solución adecuada
H-0023	Capacidad para tomar decisiones	El/la profesional toma decisiones en función de su responsabilidad asumiendo las consecuencias de las mismas con autonomía, no requiriendo de forma sistemática la aprobación de su superior
H-0024	Capacidad de relación interpersonal (asertividad, empatía, sensibilidad interpersonal, capacidad de construir relaciones)	El/la profesional tiene habilidades sociales que pone de manifiesto en su entorno profesional y en cualquier situación de interacción personal
H-0025	Capacidad de liderazgo	El/la profesional es capaz de generar entusiasmo en los demás y conseguir que sus colaboradores hagan lo que sin él no habría ocurrido
H-0026	Capacidad para delegar	Capacidad para la gestión de tareas y encomendarlas a otras personas bajo su responsabilidad
H-0028	Habilidad de comunicación, transmisión	Capacidad para la transmisión y expresión oral de ideas, pensamientos, iniciativas, posicionamientos..., con un adecuado manejo de la expresión no verbal

## HABILIDADES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	DESCRIPCIÓN COMPETENCIA
H-0029	Capacidad de planificación y organización	Capacidad para identificar lo urgente, lo importante. Incorporar criterios de temporalidad, uso adecuado de recursos, identificación de objetivos y resultados a cualquier actividad
H-0031	Gestión del tiempo	El/la profesional genera eficiencia para con su tiempo y con el de los demás
H-0032	Habilidades sociales de comunicación oral y escrita	El/la profesional optimiza sus relaciones interpersonales mediante la capacidad de expresarse adecuadamente de forma oral y escrita
H-0035	Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual	El/la profesional utiliza de forma adecuada herramientas de presentación audiovisual
H-0042	Manejo de telemedicina	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0054	Informática, nivel usuario	Habilidad para el tratamiento de programas informáticos en entorno Windows
H-0055	Capacidad docente	El/la profesional tiene habilidades pedagógicas para la planificación e impartición de acciones formativas
H-0059	Capacidad de trabajo en equipo	El/la profesional manifiesta capacidad de colaborar y trabajar adecuadamente con los demás miembros del equipo en la consecución de objetivos comunes, generando un entorno de apoyo mutuo
H-0078	Afrontamiento del estrés	El/la profesional maneja técnicas de relajación y las aplica en su puesto de trabajo
H-0080	Aplicación de técnicas básicas de investigación	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0083	Capacidad de promover y adaptarse al cambio	El/la profesional manifiesta conductas de flexibilidad ante nuevos retos
H-0085	Dar apoyo	El/la profesional es capaz de establecer mecanismos facilitadores en sus relaciones interpersonales
H-0087	Entrevista clínica	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0089	Individualización de cuidados	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0094	Visión continuada e integral de los procesos	El/la profesional enfoca su actividad desde una visión global del proceso en que ésta se inserta
H-0228	Capacidad de inspirar confianza y seguridad a los pacientes y familiares	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0310	Interpretación de pruebas complementarias	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0344	Emisión de informes de derivación	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0354	Manejo de equipos electromédicos "según proceso"	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0355	Identificación y valoración de signos y síntomas "según proceso"	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0364	Instrumentación de pruebas endoscópicas	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0373	Registros de Enfermería (plan de acogida, valoración inicial, plan de cuidados...)	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0394	Detectar complicaciones	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0413	Educación del paciente en el manejo de su enfermedad y promoción del autocuidado	El/la profesional manifiesta la capacidad de orientar, aconsejar e informar al paciente sobre la evolución de su enfermedad y las posibilidades de adaptación fomentando la participación activa del paciente en sus cuidados para conseguir así una mayor calidad de vida
H-0415	Valoración de necesidades	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica

## ACTITUDES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	DESCRIPCIÓN COMPETENCIA
A-0001	Actitud de aprendizaje y mejora continua	El/la profesional busca continuamente cómo obtener un aprendizaje, incluso de los errores, para mejorar su actividad diaria
A-0005	Capacidad de integración entre las áreas y líneas	El/la profesional vive la organización como un todo, sin departamentos o estructuras estancas, sabiendo establecer mecanismos de relación entre todos ellos
A-0007	Creatividad	El/la profesional intuitivamente, o con técnicas, es capaz de hacer planteamientos no habituales, se adapta bien a los cambios y mantiene la apertura mental necesaria para incorporar cosas nuevas sin trauma ni resistencia
A-0009	Dialogante, negociador	El/la profesional comunica bien, establece una relación buscando acuerdos y sabe establecer mecanismos de ganar-ganar
A-0018	Honestidad, sinceridad	El/la profesional es coherente consigo mismo y con el entorno. Piensa lo que dice, dice lo que piensa y hace lo que piensa y dice
A-0020	Proactivo	El/la profesional induce y hace cosas, sin necesidad de esperar a que se las pidan o sugieran
A-0024	Juicio crítico	El/la profesional no actúa sin saber qué, por qué, cómo. Se pregunta y pregunta, cuestionándose todo desde una perspectiva positiva
A-0027	Orientación al cliente (el ciudadano como centro). Respeto de los derechos de los pacientes	El/la profesional anteponer las necesidades del cliente y sus expectativas a cualquier otra consideración o interés
A-0038	Resolutivo	El/la profesional es capaz de lograr soluciones, incluso en situaciones no predefinidas ni protocolizadas
A-0040	Orientación a resultados	El/la profesional manifiesta una clara orientación al logro de los objetivos, no conformándose con hacer bien las cosas
A-0041	Capacidad de asumir compromisos	El/la profesional es capaz de adquirir la responsabilidad de un proyecto desde la confianza de que saldrá adelante de forma óptima
A-0043	Discreción	El/la profesional establece con criterio qué información debe utilizar y dónde, no generando ni prestándose al cotilleo fácil o al rumor
A-0044	Autocontrol, autoestima, autoimagen	El/la profesional manifiesta una adecuada concepción de sí mismo lo que le potencia en su trabajo
A-0045	Colaborador, cooperador	El/la profesional es esa persona que todo el mundo quiere tener en su equipo de trabajo por cuánto hace y cómo lo hace
A-0046	Flexible, adaptable al cambio, accesible	El/la profesional incorpora sin resistencias lo nuevo
A-0047	Generar valor añadido a su trabajo	El/la profesional procura aportar algo más en lo que hace, no le satisface la tarea por la tarea, sino que busca la mejora
A-0048	Talante positivo	El/la profesional se plantea, ante todo, que las cosas son posibles
A-0049	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a sus necesidades (disponibilidad y accesibilidad)	El/la profesional es consciente de que, sin los demás, su trabajo no sería óptimo. Sabe reconocer las aportaciones, sabe establecer mecanismos de potenciación
A-0050	Responsabilidad	El/la profesional es un/a profesional
A-0051	Sensatez	El/la profesional piensa las cosas antes de hacer o decir
A-0052	Visión de futuro	El/la profesional trabaja hoy para mañana
A-0057	Humanización de las capacidades científico-técnicas	El/la profesional es técnica y humanamente bueno
A-0061	Orientación al fomento del autocuidado	El/la profesional establece una relación con el paciente buscando su autonomía, no sólo apoyar sus necesidades
A-0065	Comprensión	El/la profesional es capaz de ponerse en el lugar de paciente y familiares, y entender su comportamiento



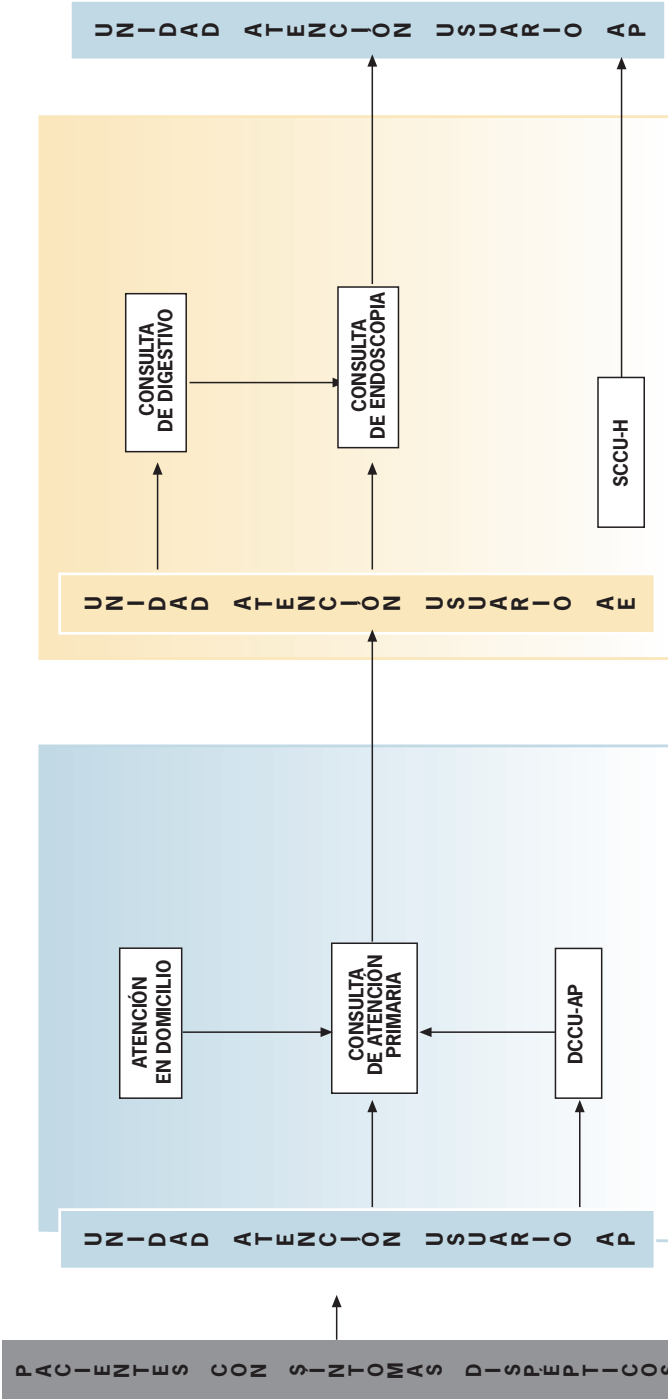


# REPRESENTACIÓN GRÁFICA

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 1: DISPEPSIA

PROCESOS ESTRATÉGICOS

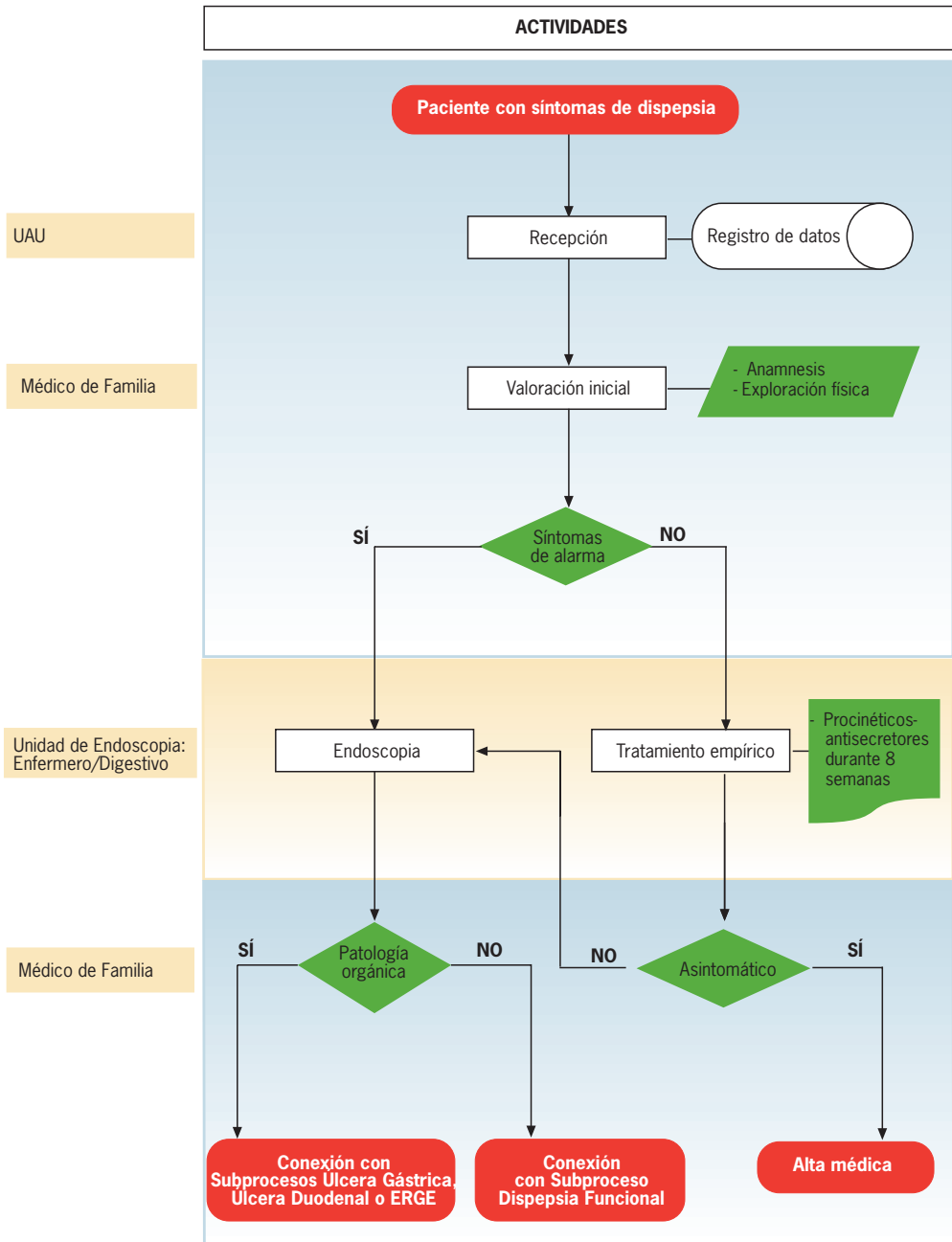
CONTRATO PROGRAMA PLAN DE CALIDAD GPC PLANES DE CUIDADOS PLANIFICACIÓN DE FORMACIÓN PLANIFICACIÓN DE DOCENCIA



PROCESOS DE SOPORTE

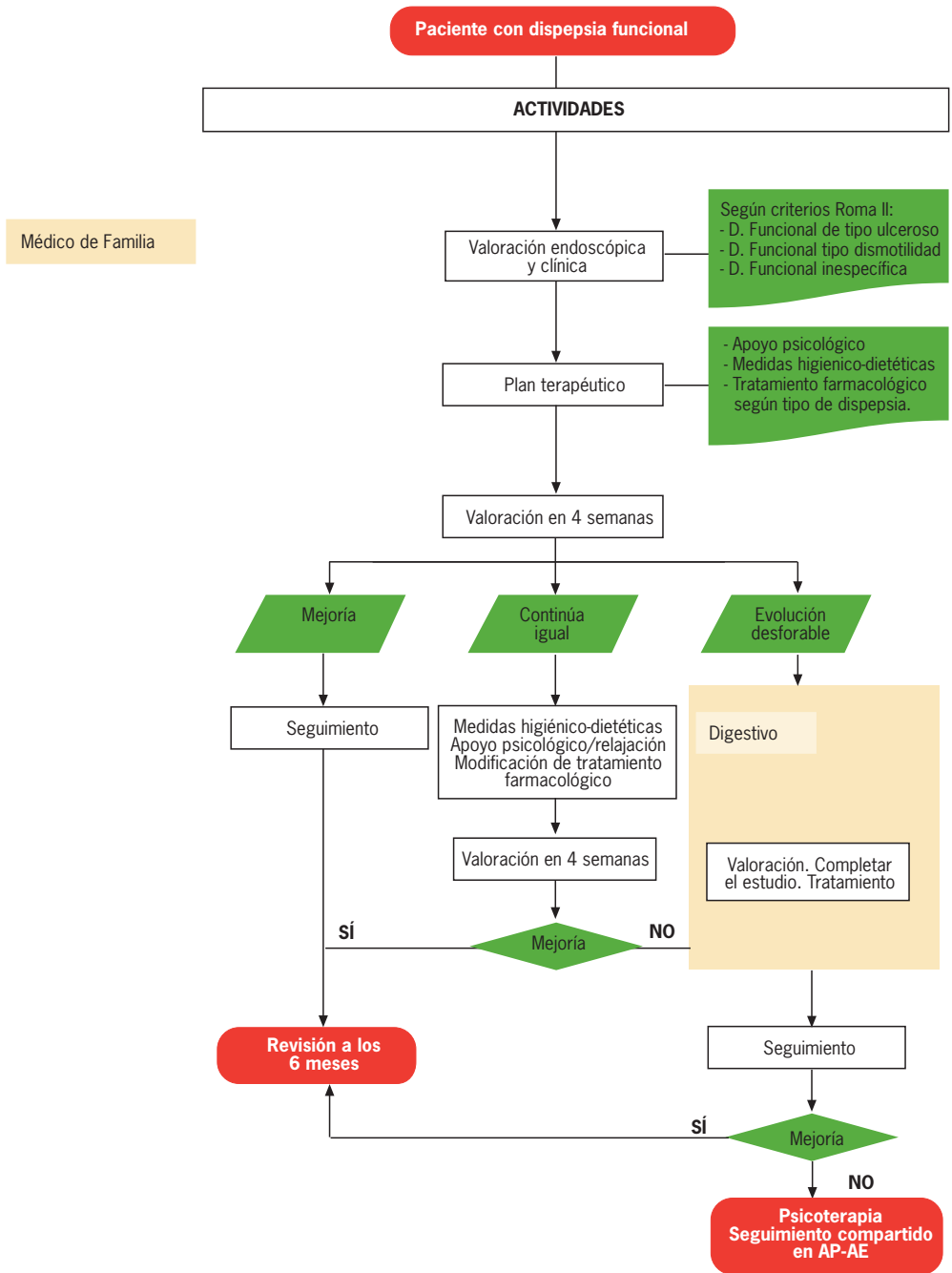
LABORATORIO ANATOMÍA PATOLÓGICA MANTENIMIENTO

## ARQUITECTURA DEL PROCESO NIVEL 3 DISPEPSIA



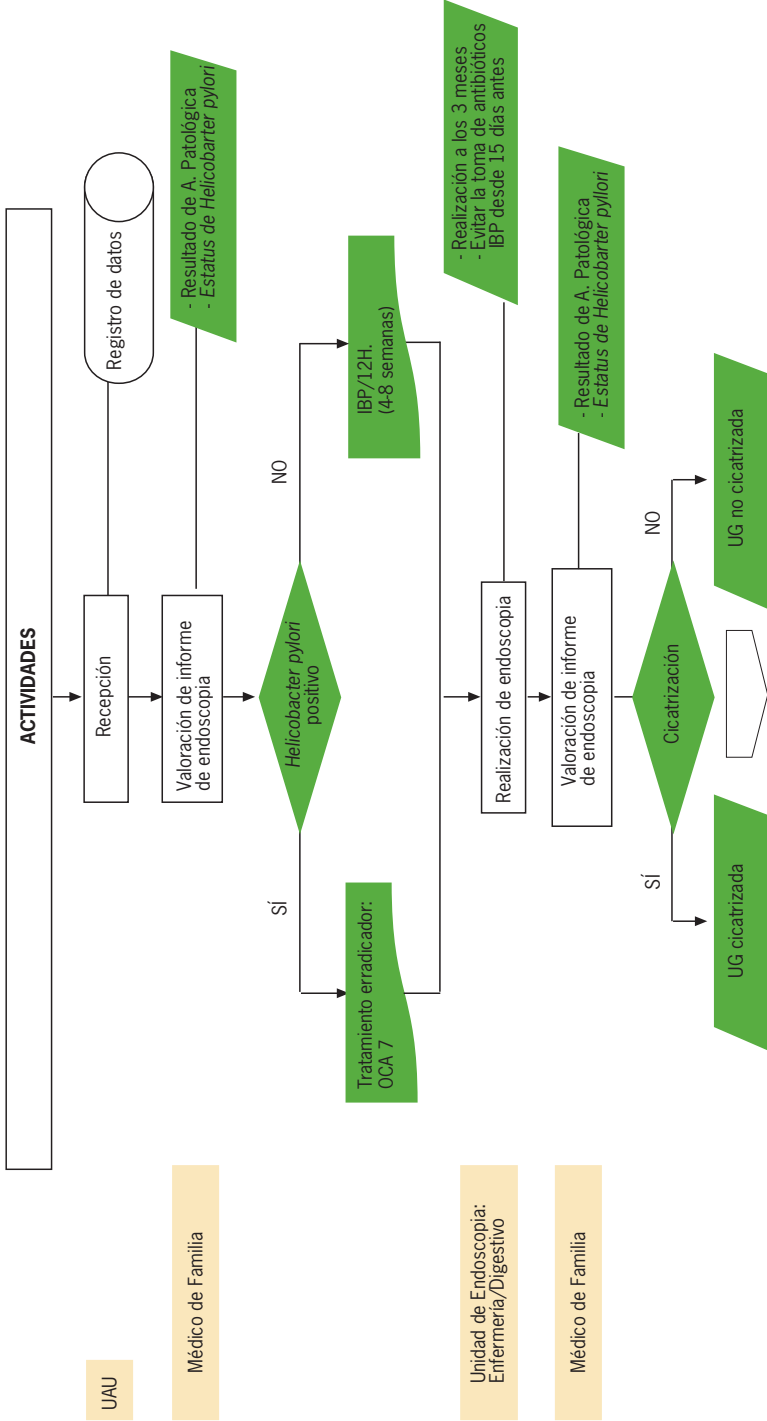


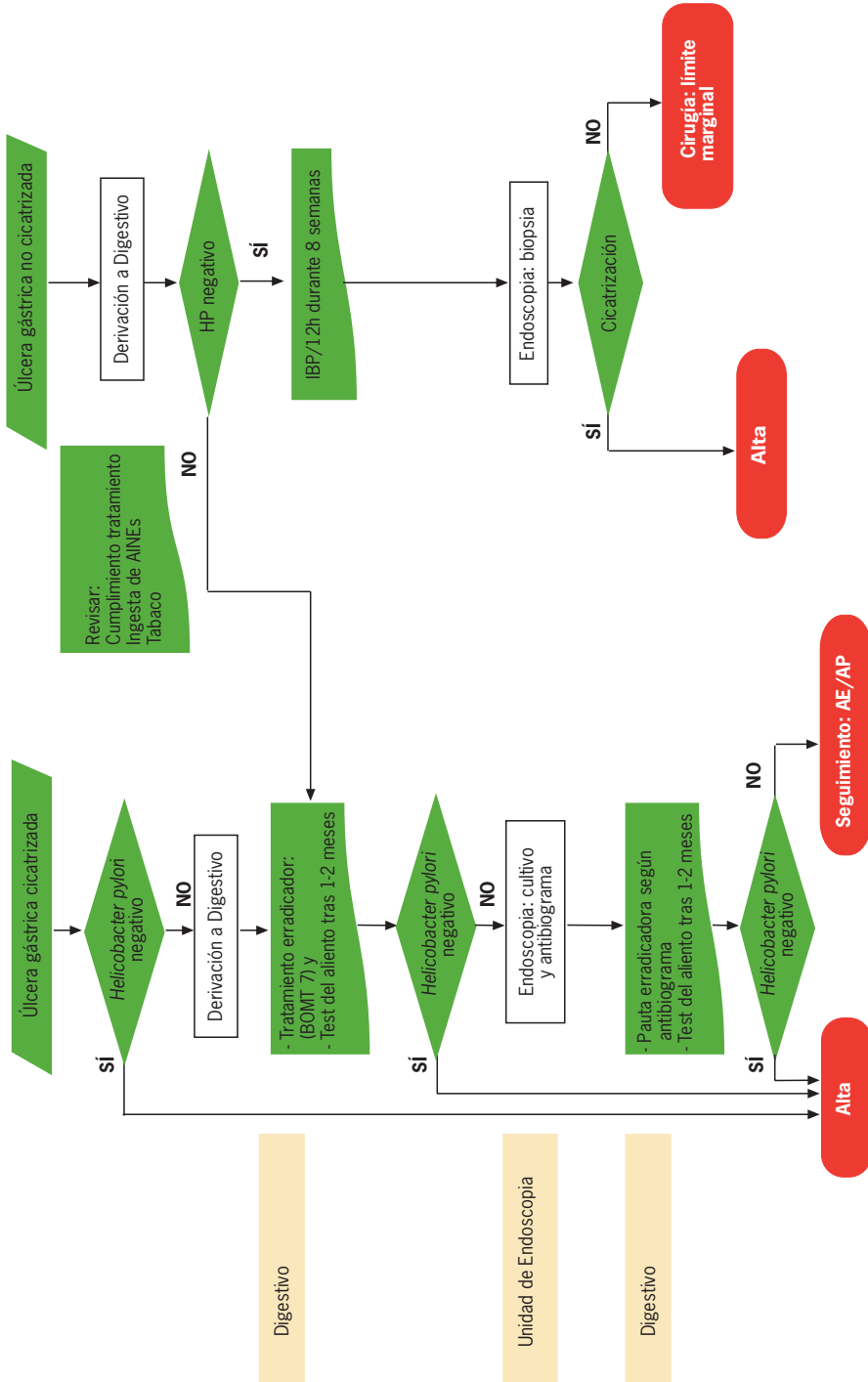
ARQUITECTURA DEL PROCESO NIVEL 3: SUBPROCESO DISPEPSIA FUNCIONAL



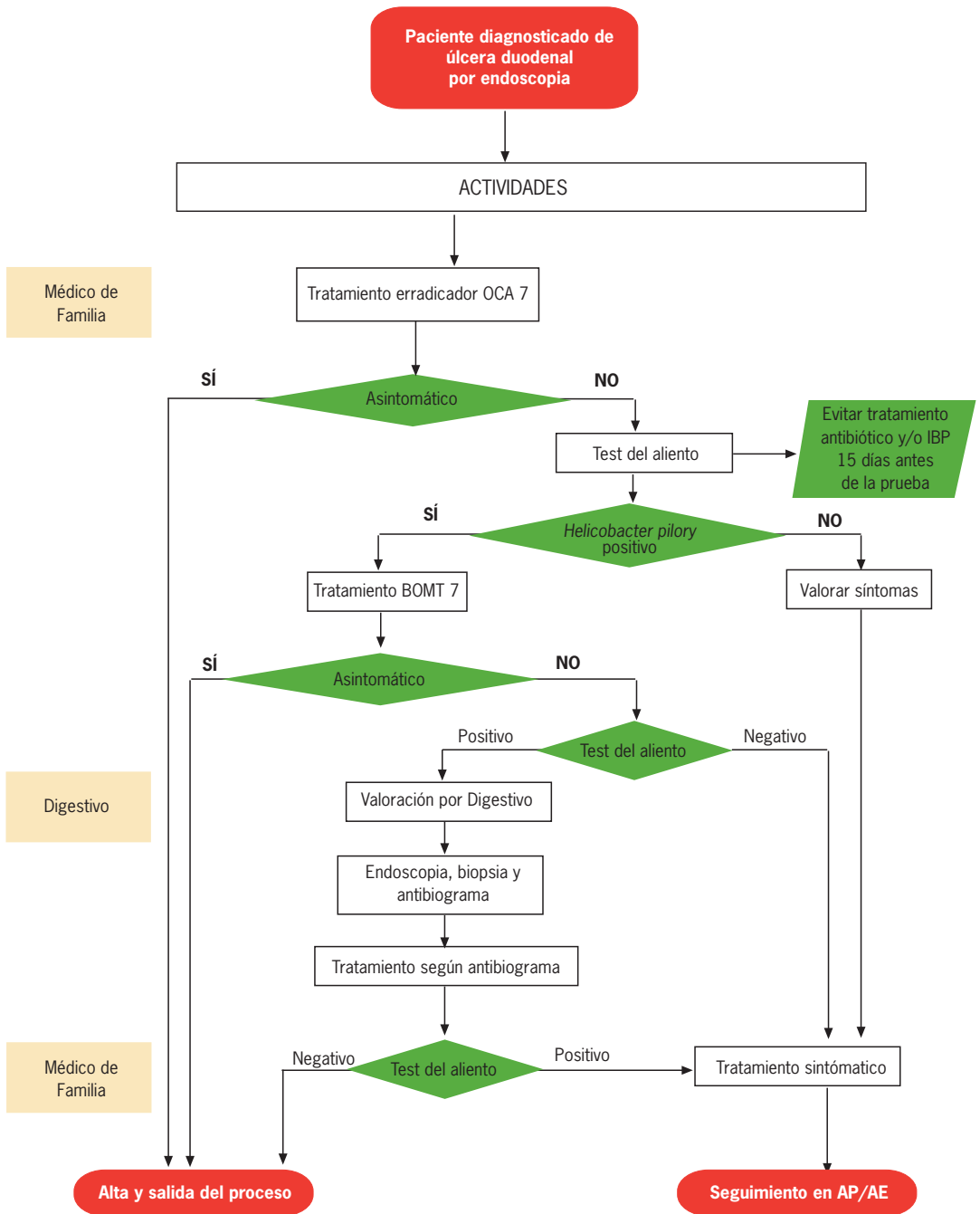
# ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3. SUBPROCESO ÚLCERA GÁSTRICA

Paciente diagnosticado de úlcera gástrica

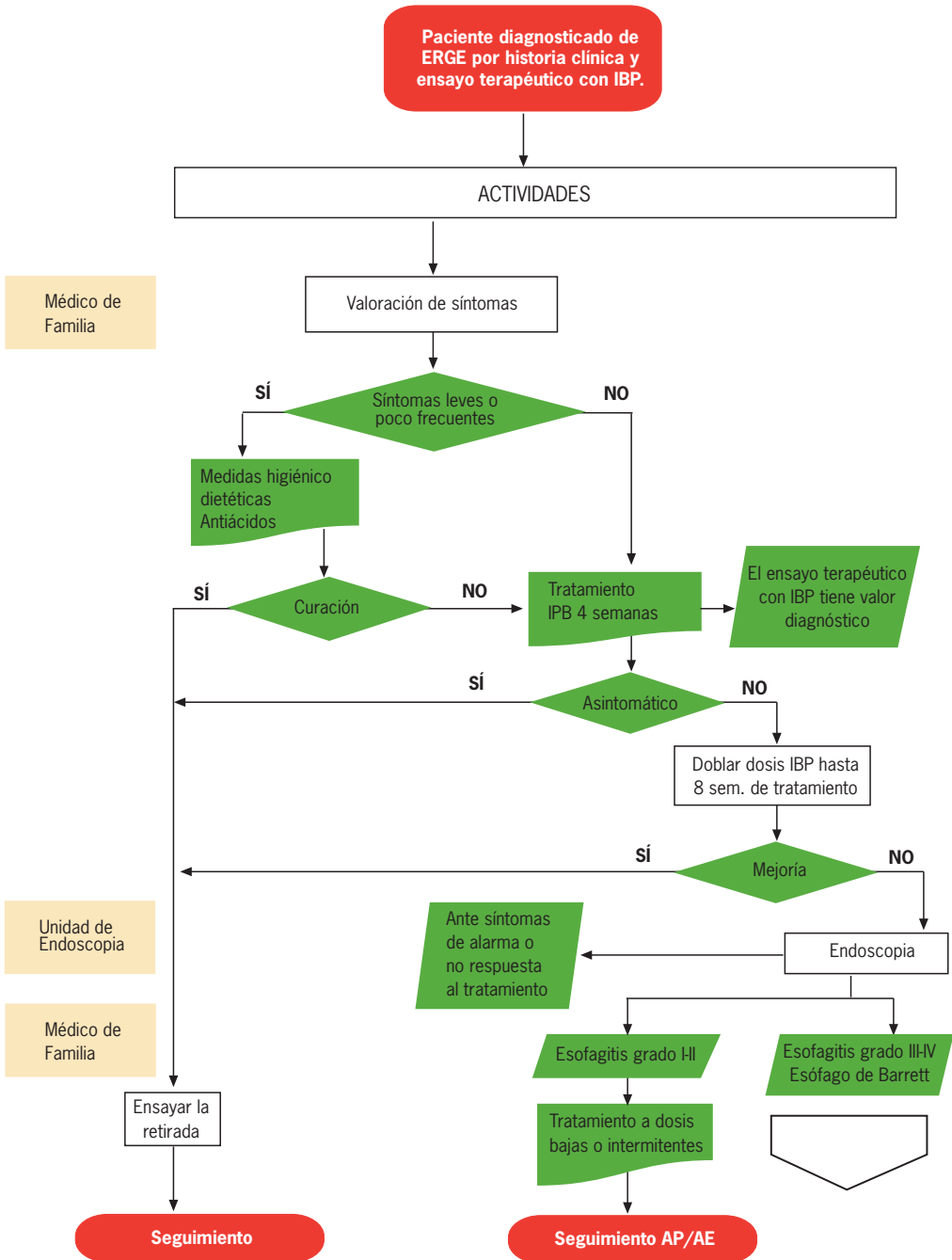


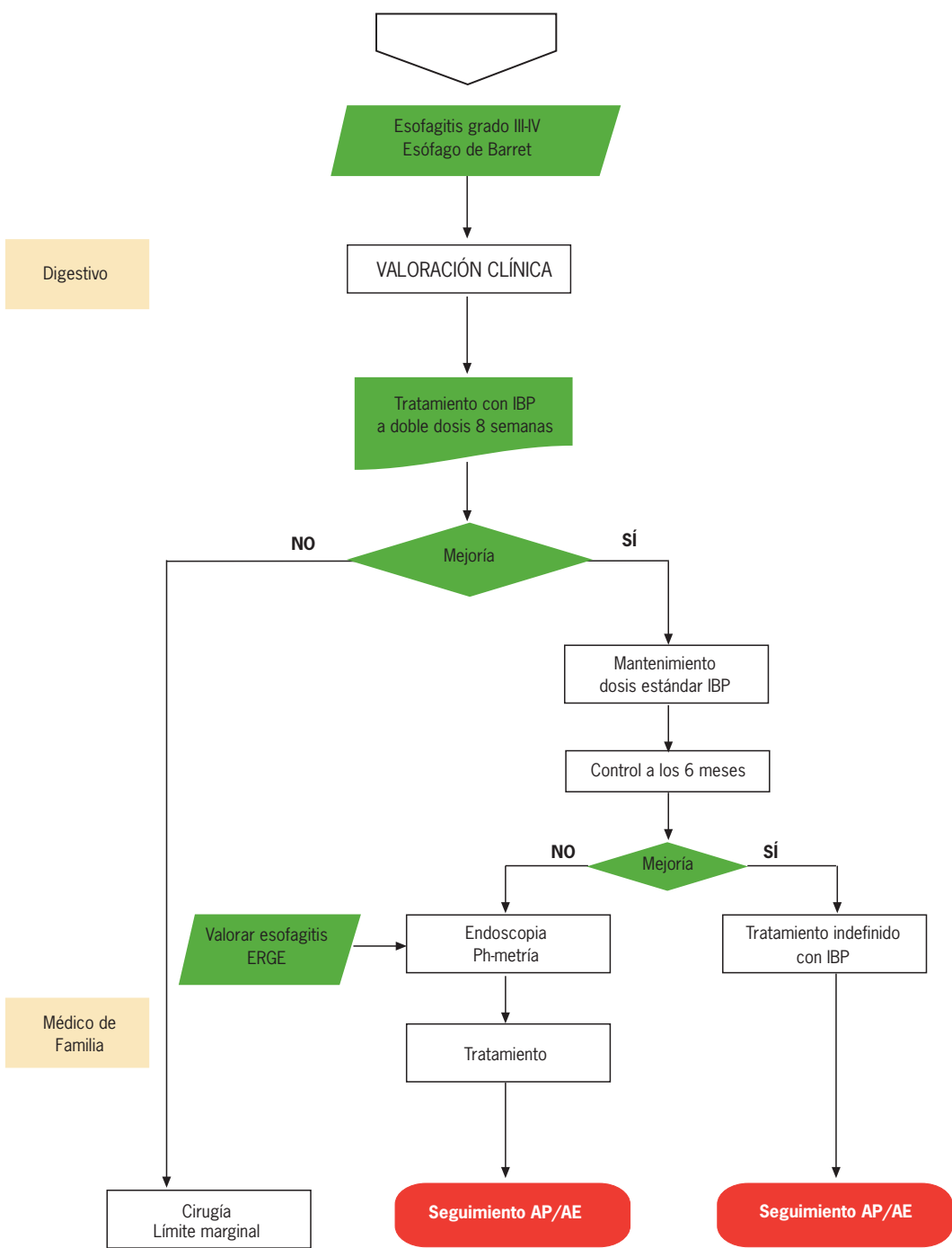


## ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3: ÚLCERA DUODENAL



ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3: ERGE







# 10

## INDICADORES

<b>Proceso Dispepsia</b>	Nº de endoscopias con demora menor de 30 días tras tratamiento empírico/ Nº total de endoscopias x 100.
<b>Subproceso Dispepsia Funcional</b>	Nº de pacientes con evolución desfavorable de la dispepsia funcional que son derivados al Digestivo con realización de la Escala de Glasgow/ Nº total de dispépticos funcionales derivados al Digestivo x 100.
<b>Subproceso Úlcera Gástrica</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Nº de pacientes con úlcera gástrica con biopsia para Anatomía Patológica y Clotest / Nº total de pacientes a los que se realiza endoscopia y tienen úlcera gástrica x 100. (Debe ser del 100%).</li><li>– Nº de pacientes con úlcera gástrica con control endoscópico a los 3 meses postratamiento / Nº de pacientes con úlcera gástrica x 100. (Debe ser del 100%)</li></ul>
<b>Subproceso Úlcera Duodenal</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Porcentaje de pacientes con UD sometidos a tratamiento erradicador con la pauta OCA 7/ Nº de pacientes con UD tratados.</li><li>– Nº de pacientes con úlcera duodenal con biopsia para Clotest / Nº total de pacientes a los que se realiza endoscopia y tienen úlcera duodenal x 100.</li></ul>
<b>Subproceso ERGE</b>	Nº de pacientes tratados con omeprazol 20 mg/24 h // Nº de pacientes diagnosticados de ERGE.





### DISPEPSIA Y GASTROPATÍA POR AINES

#### 1.- CONCEPTOS GENERALES DE LA GASTROPATÍA POR AINES

El ácido acetilsalicílico (AAS) y los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) suponen uno de los grupos farmacológicos más consumidos en el mundo desarrollado. En lo que se refiere a España, durante 1998, y con cargo al Sistema Nacional de Salud, se prescribieron cerca de 77 millones de envases de AINEs. Además, se consumen en grandes cantidades como automedicación, de forma no controlada y al margen de la prescripción médica. Se estima que el 20% de las personas mayores de 65 años los toman. Al gasto que ello supone habría que añadir el derivado de tratar las complicaciones originadas por estos fármacos, estimado en 1998 entre 6.500 y 9.000 millones de pesetas (39-54 millones de €), así como el empleado en la prevención de dicha patología (entre 3,4 y 10 veces más que el gasto en tratamiento).

La seguridad de los AINEs, en orden descendente, es: ibuprofeno, diclofenaco, sulindac, naproxeno, indometacina, piroxicam, ketoprofeno. Se recomienda usar los menos gastrolesivos, sobre todo ibuprofeno a dosis bajas.

Los AINEs poseen propiedades analgésicas, antiinflamatorias y antipiréticas, utilizándose, además, el AAS a dosis bajas para la prevención de la enfermedad cardiovascular. Sin embargo, a los mencionados efectos beneficiosos hay que añadir una serie, no desdeñable, de efectos adversos. Se estima que el consumo de AINEs se asocia a un caso de muerte cada 1.200 pacientes tratados durante 2 meses. La toxicidad por AINEs incluye alteraciones cardiovasculares, renales, hepáticas, pancreáticas, uterinas y gastrointestinales, siendo ésta última la más destacable. Aunque todavía quedan muchos puntos sin aclarar, la acción tóxica de los AINEs en el ámbito gastrointestinal, se produce como consecuencia, por un lado, de un efecto tóxico directo sobre la mucosa y, por otro, de un efecto sistémico, consecuencia de la inhibición de la síntesis de prostaglandinas (PGs) relacionado con la inhibición de la enzima ciclooxigenasa (COX).

Las lesiones gastrointestinales por AINEs hacen referencia a un amplio espectro lesional, con o sin manifestación clínica, originado por este grupo de fármacos en el tubo digestivo. Aunque los AINEs pueden también exacerbar o complicar una enfermedad digestiva existente (enfermedad ulcerosa, esofagitis, enfermedad inflamatoria intestinal, diverticulosis, etc.), el término de gastroenteropatía por AINEs suele indicar la afectación causada específicamente por el fármaco. La gastropatía por AINEs supone un amplio espectro que va desde lesiones clínicamente irrelevantes (grados I y II), que incluyen petequias, equimosis y erosiones, a otras con relevancia clínica (grados III y IV), como las úlceras y sus complicaciones. La mucosa duodenal se afecta en menor proporción que la gástrica, aunque las complicaciones asociadas a las úlceras por AINEs ocurren prácticamente con la misma frecuencia en las dos localizaciones. Probablemente, con la toma de AINEs debe producirse un proceso cíclico en el que se van formando úlceras, que cic-

trizan posteriormente en muchas ocasiones. En estudios endoscópicos prospectivos a doble ciego, la incidencia acumulada de úlceras gastroduodenales asciende a 25-30% tras 3 meses del consumo, y al 45% si la toma de AINEs continúa durante 6 meses, mientras que tan sólo un 1% de los pacientes presentan una complicación ulcerosa (hemorragia o perforación) tras 6 meses de consumo continuo. Sin embargo, al tratarse de fármacos tan masivamente utilizados, esta pequeña proporción se traduce en un serio problema sanitario.

Tres grandes estudios experimentales prospectivos llevados a cabo en pacientes con artritis muestran una proporción de complicaciones gastrointestinales anuales del 3-4,5% entre los consumidores de AINEs convencionales, con un 1,5% de casos de complicaciones graves (perforación, obstrucción o sangrado severo). Con respecto a las manifestaciones clínicas, al menos el 20% de los pacientes tienen síntomas dispépticos durante el tratamiento con AINEs, y en más del 15%, las molestias son diarias. Sin embargo, los síntomas están poco correlacionados con la apariencia y severidad del daño mucoso ya que más del 40% de las personas con evidencia endoscópica de gastritis erosiva están asintomáticos, mientras que al menos el 50% de pacientes con dispepsia tienen una mucosa aparentemente normal. La dispepsia sin lesión endoscópica, asociada al uso de AINEs, es una entidad heterogénea, poco conocida desde un punto de vista fisiopatológico, en la que probablemente interactúan diferentes mecanismos y que suele causar síntomas diferentes al típico dolor de úlcera. Aunque un grupo de pacientes tiene lesiones por AINEs sin síntomas, debido posiblemente al efecto de estos fármacos sobre el dolor visceral, los AINEs diferentes del ácido acetilsalicílico pueden causar dispepsia por su acción irritante sobre la mucosa independiente de la actuación sobre la síntesis de prostaglandinas.

En lo que se refiere al AAS utilizado en prevención primaria o secundaria de la enfermedad cardiovascular, varios estudios han demostrado que, aunque en menor medida, también posee efectos gastrolesivos. El riesgo de padecer una hemorragia digestiva por AAS a dosis bajas se ha cifrado entre 3.6 y 5.8 veces superior en los consumidores de 300 mg de AAS, frente a la población general, y de 8.7 veces si se toman 1.200 mg.

## 2.- GASTROPROTECCIÓN EN PACIENTES CONSUMIDORES DE AINEs

### 2.1.-¿A quién se debe *gastroproteger*?:

La *gastrolesividad* asociada al consumo de AINEs resulta clínicamente relevante en tan sólo un subgrupo de pacientes. Estos enfermos son los que habría que *gastroproteger*, ya que la *gastroprotección* generalizada a todo consumidor de AINEs supondría unos costes escasamente beneficiosos. La identificación de este subgrupo de pacientes se hace en virtud de la existencia de unos factores de riesgo demostrados. Así pues, debe indicarse la *gastroprotección* en todo consumidor de AINEs que reúna alguno de estos factores:

- a) Historia previa de úlcera complicada o no: el factor más importante.
- b) Edad avanzada (>60-65 años).
- c) Toma concomitante de anticoagulantes o corticoides.
- d) Toma de varios AINEs, o de un AINE a altas dosis.
- e) Enfermedades cardiovasculares y/o enfermedad grave.

## 2.2. ¿Con qué gastroproteger?:

En todos los pacientes, tengan o no factores de riesgo, deben seguirse una serie de medidas preventivas generales, entre las que se encuentran la restricción de la toma de AINEs a las indicaciones precisas, y el evitar en lo posible el consumo concurrente de AAS u otros AINEs, corticoides y anticoagulantes orales. En los casos en los que sea posible, debe indicarse paracetamol o metamizol y, cuando el componente inflamatorio de la patología exija un AINE, éste deberá utilizarse el mínimo tiempo necesario y a la dosis mínima efectiva.

En los pacientes que presenten alguno de los factores de riesgo citados, estas medidas generales serán necesarias pero no suficientes, debiendo aplicarse además un fármaco gastroprotector.

### **Fármacos gastroprotectores:**

Varias sustancias se han propuesto como *gastroprotectoras* durante el consumo de AINEs. Los antiácidos, el sucralfato y el acexamato de zinc no han demostrado suficientemente menor incidencia de *ulcus* en estos pacientes, por lo que no está indicado su uso.

Existen dos grupos de fármacos que sí han demostrado ser eficaces en la profilaxis de la gastropatía por AINEs: los análogos de prostaglandinas (misoprostol 800 mg/día) y los antisecretores:

- El misoprostol disminuye el riesgo de úlcera gástrica y duodenal y de sus complicaciones a dosis de 200 mg, 4 veces al día, al igual que el omeprazol. Sin embargo, se asocia con frecuencia a efectos secundarios, como la diarrea, hasta en un 40% de los pacientes, lo que condiciona el cumplimiento terapéutico. Está contraindicado en embarazadas.
- El omeprazol a dosis de 20 mg/día previene la úlcera gástrica y duodenal. Es el fármaco que ha demostrado más eficacia en la prevención de las úlceras gástricas y duodenales, por lo que se aconseja como fármaco de elección en la profilaxis farmacológica de la gastropatía por AINEs.
- La famotidina, a 40 mg/12 h, doble de dosis de la estándar, también previene el riesgo de úlcera gástrica, pero no es superior a otros fármacos como el omeprazol y resulta más cara.
- La ranitidina ha demostrado su eficacia en la prevención de las úlceras duodenales por AINEs, pero no la gástrica, por lo que no sería el fármaco de elección.

Por todo ello, el fármaco recomendado en la profilaxis de la gastropatía por AINEs es el omeprazol a dosis de 20 mg/24h por mejor relación coste/eficacia, y por tener un mayor número de estudios que demuestran su eficacia.

(Probablemente otros IBP sean igualmente válidos, si bien la evidencia sobre ello es más escasa).

## 2.3. AINEs inhibidores selectivos de COX-2 y gastroprotección:

Los inhibidores selectivos de la COX-2, también llamados COXIB, son AINEs de nueva síntesis que presentan la misma potencia inhibitoria que los tradicionales, si bien han sido diseñados para provocar una menor gastrolesividad. A pesar de haber sido comercializados recientemente, su

uso está ya muy extendido, si bien la existencia de posibles efectos adversos cardiovasculares y renales, la escasa evidencia acerca de sus indicaciones precisas, y su elevado coste, hacen conveniente ser prudentes en la utilización de los mismos.

Hasta la fecha existen en el mercado dos COXIB: celecoxib y rofecoxib. En un estudio amplio randomizado, doble-ciego, controlado con placebo, el rofecoxib demostró una menor tasa de complicaciones gastrointestinales serias que el naproxeno. En el caso del celecoxib, en un estudio de similares características, se incluyeron, además, un 21% de pacientes consumidores de AAS a dosis bajas. El análisis del subgrupo de pacientes no tomadores de AAS sugirió que el celecoxib parece causar menos gastrolesividad que el ibuprofeno, pero no que el diclofenaco. Recientemente, este estudio ha sido sometido a importantes críticas metodológicas, por lo que serían deseables estudios bien diseñados que permitieran establecer las tasas de complicaciones gastrointestinales reales asociadas al uso del celecoxib.

En virtud de la escasa evidencia disponible, se pueden establecer las siguientes recomendaciones:

- 1) Pacientes sin factores de riesgo: No está indicada la gastroprotección ya que la incidencia anual de complicaciones gastrointestinales serias es del 0.5% en estos pacientes. Por la misma razón, utilizar COXIB no parece una medida que tenga una relación costo-efectiva aconsejable.
- 2) Pacientes con factores de riesgo: Utilizar omeprazol 20mg/24h. En muchos de estos casos probablemente sea igualmente eficaz asociar omeprazol a un AINE convencional o bien usar un COXIB. La primera medida mantiene una mejor relación coste/efectividad.
- 3) Los pacientes consumidores de AAS a dosis usada en la prevención de la enfermedad cardiovascular y que requieren la toma de AINEs por otro motivo, deben realizar gastroprotección con omeprazol ya que la tasa de complicaciones gastrointestinales serias en estos pacientes es similar a la que se produce si se asocian dos AINEs.

#### **2.4. *Helicobacter pylori* y consumo de AINEs**

A pesar de existir abundante literatura sobre el tipo de relación existente entre la gastrolesividad de los AINEs y la infección por *H. pylori*, gran parte de estos estudios adolecen de falta de rigor metodológico o bien son heterogéneos en sus objetivos, poblaciones y métodos. Por todo ello, puede encontrarse información contradictoria en relación a la conveniencia o no de erradicar el microorganismo en los consumidores de AINEs. Teniendo en cuenta sólo los estudios de series amplias y bien diseñados, pueden proponerse las siguientes recomendaciones:

- A) La erradicación del *Hp* no tiene efecto en la cicatrización de la úlcera relacionada con el consumo de AINEs. No está indicada pues la erradicación como tratamiento de estas úlceras (que deben ser tratadas con omeprazol).
- B) En pacientes que consumen AINEs de forma permanente y son *Hp* positivos, la erradicación del mismo no reducirá el riesgo de úlcera; por tanto, si tienen factores de riesgo que precisen gastroprotección, se hará con omeprazol.

- C) La erradicación de *Hp* reduce el riesgo de úlceras endoscópicas o complicadas en pacientes que empiezan a consumir AINEs sin historia ulcerosa previa. Según la evidencia disponible actualmente, estos pacientes se beneficiarían de la erradicación antes de comenzar la toma de AINEs.
- D) En pacientes que toman AAS a bajas dosis y tienen antecedentes de úlcera péptica complicada, la erradicación del *Hp* reduce sustancialmente el riesgo de hemorragia por úlcera, mostrando un efecto similar al mantenimiento con omeprazol (esta recomendación se basa en algunos estudios de casos y controles y en sólo un estudio de intervención, aunque con población amplia, randomizada y controlada con placebo).

## 2.5. Justificación terapéutica

En el estudio de Hawkey CJ se desarrolla un meta-análisis con 4 grandes estudios clínicos, ensayos clínicos multicéntricos, controlados y aleatorizados:

El estudio SCUR y el OPPULENT se centran en profilaxis primaria. En el estudio SCUR se compara el omeprazol con placebo durante 3 meses. El grupo placebo desarrolló 16,7% de úlceras y 20% de dispepsia, y el grupo de omeprazol 4,7% de úlceras y 8% de dispepsia.

En el estudio OPPULENT se comparó el omeprazol con placebo durante 6 meses. El grupo placebo desarrolló 16,5% de úlceras y el grupo de omeprazol 3,6% de úlceras.

Los estudios OMNIUM y ASTRONAUT se centraron en la profilaxis secundaria. En el estudio OMNIUM se hicieron 3 grupos con 6 meses de seguimiento: omeprazol (36,5% de fallos), misoprostol (48,6% de fallos) y placebo (67,7% de fallos). El omeprazol y el misoprostol se mostraron iguales para prevenir la úlcera gástrica, pero el omeprazol fue mejor para prevenir la úlcera duodenal.

En el estudio ASTRONAUT se comparó el uso de omeprazol y ranitidina durante 6 meses. El grupo omeprazol tuvo un 26,2% de fallos, y desarrolló úlcera el 5,7%, mientras que en el grupo ranitidina hubo un 37,7% de fallos, con un 19,5% de úlceras.



### DISPEPSIA EN LA EMBARAZADA

La dispepsia durante el embarazo es un problema muy común. Los pocos estudios existentes en la literatura médica refieren que entre un 60 – 80% de las gestantes sufren síntomas dispépticos.

Es considerado un problema banal en la mayoría de los casos, ya que no suele alterar el normal desarrollo del feto, pero sí es un problema para la mujer embarazada, pues disminuye su calidad de vida.

En el primer trimestre del embarazo, los síntomas dispépticos que aparecen son fundamentalmente náuseas y vómitos. En la etiología de estos síntomas podrían estar implicados los cambios hormonales habidos en este periodo, como el aumento de producción de gonadotropina coriónica o el incremento de la secreción de tiroxina, por lo que el tratamiento será sintomático. Tras una extensa búsqueda (Medline, Cochrane, Pubmed...), se comprueba que existen muy pocas publicaciones sobre este particular: sólo una revisión sistemática que incluye una valoración de 20 trabajos de calidad variable y concluye que, de los tratamientos disponibles, sólo la vitamina B6 (piridoxina) parece ser efectiva.

En casos extremos de vómitos incoercibles, con pérdida de peso y riesgo para el feto, se ingresará a la paciente en el Hospital, ya que puede necesitar nutrición enteral por sonda a través de gastrostomía por endoscopia (PEG).

Los síntomas durante el segundo y el tercer trimestre suelen estar en relación con el aumento de la presión intraabdominal y serán fundamentalmente de tipo reflujo, que suelen controlarse con medidas higiénico-dietéticas habituales unidas a alcalinos, anti-H<sub>2</sub>, inhibidores de la bomba de protones (IBP), en este orden.

No hemos encontrado en la literatura revisada la existencia de guías de práctica clínica, meta-análisis, pautas de actuación basada en la evidencia, por lo que abordaremos la dispepsia en el embarazo desde el punto de vista de recomendaciones de actuación e indicación de fármacos no teratógenos.

#### **Tratamiento:**

- Medidas higiénico-dietéticas:
  - No llevar ropas ajustadas.
  - No acostarse inmediatamente después de las comidas.
  - No tomar comidas con picantes, grasas, chocolate, menta.
  - No realizar comidas abundantes (comer más veces y menos cantidad).
- Antihistamínicos H1 (succinato de doxilamina 10 mg) + vitamina B6 (clorhidrato de piridoxina 10 mg) a dosis de dos comprimidos antes de acostarse y uno por la mañana. No es teratógeno.



- Si existe mejoría con dicho tratamiento, se prolongará en el tiempo hasta la desaparición de los síntomas reduciendo progresivamente.
- Si no ha mejorado con la dosis de fármaco utilizada, se debe valorar un aumento de la dosis o un cambio de medicación.

En el segundo y tercer trimestre del embarazo

Si aparecen síntomas de tipo reflujo, en relación al aumento de presión intraabdominal, se iniciará tratamiento:

- Medidas higiénico-dietéticas ya reseñadas.
- Fármacos:
  - Antiácidos.
  - Anti-H<sub>2</sub> como la ranitidina.
  - Inhibidores de la bomba de protones.

Si persisten los síntomas, se enviará al Digestivo que realizará una valoración:

- Modificando el tratamiento prescrito si fuese necesario.
- Realizando pruebas complementarias, como la endoscopia, en caso de resistencia al tratamiento o si se sospecha patología orgánica.
- Realizando un informe con juicio clínico, tratamiento prescrito y seguimiento.

Seguimiento por Médico de Familia / Ginecólogo:

En la consulta de control de embarazo, se realizará un seguimiento y control del tratamiento.

### SOBRE LA DISPEPSIA

#### 1.1. Tratamiento empírico de la dispepsia

Una revisión sistemática de la Cochrane Library en el año 2001 compara distintas estrategias de manejo:

- a) fármacos antisecretores-procinéticos y endoscopia para los no respondedores
- b) endoscopia de entrada
- c) test de *Hp* y endoscopia en los positivos
- d) erradicación del *Hp* en los positivos y evaluar respuesta.

De las 2.290 referencias iniciales, sólo 12 ensayos fueron utilizados para el análisis al cumplir los requisitos exigidos, de los cuales 8 se incluían en la estrategia a), 4 en la b) y ninguno de ellos en las c) y d). Todos ellos eran ensayos controlados y randomizados.

Los estudios que comparan la investigación precoz con endoscopia, frente al tratamiento empírico con antisecretores-procinéticos durante 8 semanas, no encuentran diferencias significativas en cuanto a calidad de vida y persistencia de síntomas en un año de seguimiento. Sí hubo diferencias en el coste, siendo mayor en el grupo investigado. Según Laheij et al, en un estudio controlado y randomizado con 80 pacientes, el tratamiento empírico puede disminuir la necesidad de endoscopia hasta en un 68%.

#### 1.2. Demora de la endoscopia

El temor del médico es que la demora en la realización de la endoscopia impida el diagnóstico precoz de patología maligna y que incida negativamente en el tratamiento y pronóstico del paciente.

Utilizando los criterios internacionalmente aceptados, entre los que se incluye la edad (menos de 45 años) y síntomas de alarma, son muchos los estudios que ensayan el tratamiento empírico previo a la investigación endoscópica.

Una revisión sistemática de la literatura realizada por Ofman en 1999, en la que se incluyeron 21 artículos válidos, muestra que la endoscopia precoz no parece tener mucha utilidad en el manejo de la dispepsia comparada con el tratamiento empírico. Es decir, la demora en la realización de la endoscopia en pacientes menores de 45 años y sin síntomas de alarma que son sometidos a tratamiento empírico, no cambia el pronóstico de su enfermedad ni la duración de los síntomas.

En este grupo de pacientes, la probabilidad de que exista neoplasia gástrica es muy pequeña (menor del 1%). Por otra parte, en un estudio de Holdstock y Bruce sobre 483 pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico, se pudo comprobar que la demora en la realización de la endoscopia no hizo cambiar ni el pronóstico ni la proporción de cánceres precoces diagnosticados.



### SOBRE LA DISPEPSIA FUNCIONAL

#### 2.1. Tratamiento farmacológico en la dispepsia funcional

La dispepsia funcional no tiene un tratamiento específico ni definitivo. Se han probado muchos fármacos con desigual resultado, estimándose un costo anual de 450 millones de libras en el Reino Unido. En la revisión de la literatura publicada en la Cochrane Library en 2001 se analiza la efectividad de distintos fármacos empleados para aliviar los síntomas dispépticos: antiácidos, anti-H<sub>2</sub>, IBP, procinéticos, protectores de mucosa y antimuscarínicos. De un total de 11.775 trabajos, sólo 144 cumplían los criterios de validez, todos ellos controlados y randomizados. Los resultados pueden resumirse en:

- a) Antiácidos: sólo se obtuvo un único trabajo válido con 109 pacientes. No existieron diferencias significativas frente a placebo, por lo que no hay evidencias para recomendar este tipo de tratamiento en el dispéptico funcional.
- b) Anti-H<sub>2</sub>: los estudios son más numerosos, e incluyen un total de 1.225 pacientes. La reducción del riesgo relativo (RRR) fue del 30% frente a placebo. Por tanto, hay cierta evidencia de que los anti-H<sub>2</sub> son útiles en el tratamiento del dispéptico funcional.
- c) IBP: sobre un total de 1.248 pacientes, el RRR fue del 12% para el omeprazol. No se ha evaluado ningún otro IBP en la dispepsia funcional.
- d) Procinéticos: sobre 949 pacientes, la mayoría usó cisaprida, que mostró un RRR del 50%. Sólo se incluyó un estudio válido con domperidone y ninguno con metoclopramida. La cisaprida se consideraba el mejor tratamiento para la dispepsia, con las mejores evidencias en este sentido. Sin embargo, ya se ha comentado la restricción de su uso debido a los efectos adversos cardiovasculares.
- e) Sucralfato: no existen evidencias de que sea superior a placebo en la dispepsia funcional. También se analizan estudios enfrentando dos tipos de fármacos: Anti-H<sub>2</sub> frente a procinéticos; los procinéticos se mostraron más eficaces, pero no hubo diferencias significativas. En un meta-análisis publicado en 1998 por Finney, se muestra la superioridad de los procinéticos pero se necesita de estudios más prolongados y con más pacientes para sustentar esta afirmación.

#### Conclusiones:

Las evidencias demuestran que los procinéticos son los fármacos más eficaces en el tratamiento de la dispepsia funcional. Sin embargo, esta evidencia no es del todo consistente, dada la variabilidad de los estudios en que se basa (con pocos pacientes cada uno) y el alto efecto placebo que existe en esta enfermedad. A falta de cisaprida, el domperidone y la cinitaprida quedan como la alternativa, aunque han sido menos estudiadas. Los anti-H<sub>2</sub> son los fármacos más

y mejor estudiados y un poco menos eficaces que los procinéticos. El omeprazol ha sido ensayado en los estudios OPERA y BOND tanto a dosis de 10 mg como a 20 mg frente a placebo. Su eficacia es ligeramente superior a placebo y no tan evidente como los anti-H<sub>2</sub>. Meta-análisis de Shiau JY et al. January 2002.

## **2.2. *Helicobacter pylori* en la dispepsia funcional**

El descubrimiento del papel patogénico del *Hp* en la patología digestiva ha hecho inevitable que se le intente relacionar con la génesis de los síntomas en la dispepsia funcional. Por otra parte, las distintas estrategias de manejo de la dispepsia no investigada han comenzado a incluir el análisis del *Hp* en su árbol de decisión tanto para seleccionar pacientes para endoscopia como para realizar un tratamiento empírico. Estas estrategias tienen varios problemas: la prevalencia del *Hp* en la DF es similar a la de la población general, el *Hp* no puede ser considerado como causa de DF, y la erradicación del *Hp* no mejora los síntomas dispépticos.

Una revisión sistemática de la Cochrane Library de 2001 selecciona 48 trabajos de un total de 5.146 artículos. Sólo 12 cumplían los criterios establecidos para evaluar la eficacia de la erradicación en el alivio de los síntomas dispépticos. Del análisis de los datos se desprende que la erradicación puede aportar una discreta mejoría en los síntomas (9%), pero no suficiente como para recomendar esta terapia de modo generalizado. Además, ningún trabajo sigue al paciente más allá de 12 meses, por lo que la utilidad real puede ser menor.

En Med. Clin (Bar) 2002; 118(11):405\_9. Javier P. Gisbert et al., realizan un meta-análisis de los estudios aleatorizados publicados, que comparan el efecto sobre la dispepsia funcional del tratamiento erradicador del *Hp* frente al tratamiento con fármacos sin efecto alguno sobre la infección. Concluyen que el tratamiento erradicador no se asocia con una mejoría estadísticamente significativa de los síntomas en los pacientes con dispepsia funcional.

Además del coste que supone la investigación, hay que tener en cuenta los efectos adversos de los antibióticos y las resistencias generadas.

Por todo ello, hoy en día, y sobre la base de la evidencia disponible, no está indicado investigar ni erradicar el *Hp* en los pacientes con dispepsia funcional.

## **2.3. Tratamiento psicológico en la dispepsia funcional**

Aunque la DF no es una enfermedad psiquiátrica, existen evidencias de que el tratamiento psicológico mejora los síntomas dispépticos y que, incluso, puede ser superior en eficacia al tratamiento farmacológico convencional.

Un reciente estudio muestra que la psicoterapia mejora los síntomas en los pacientes dispépticos a corto plazo. Queda por determinar el coste de este tipo de terapias en comparación con el consumo de fármacos.

En cualquier caso, hay evidencias suficientes para afirmar que el paciente con dispepsia funcional puede beneficiarse de un tratamiento psicológico, especialmente aquéllos con mala respuesta a fármacos.

## **2.4. Cuestionario en la dispepsia funcional**

El conocimiento de la efectividad y la eficiencia de los procedimientos médicos se basa cada vez más en el resultado de los estudios que evalúan la calidad de vida relacionada con el estado de salud. Se trata de entrevistas o cuestionarios que reflejan la salud desde la perspectiva del paciente, que es quien demanda los servicios. Los cuestionarios pueden dividirse en dos grandes grupos: genéricos y específicos. Los genéricos tienen la ventaja de comparar el impacto que diferentes enfermedades tienen sobre el estado de salud, permitiendo obtener valores de referencia poblacionales. La utilidad de estos instrumentos depende de su fiabilidad y validez, así como de la interpretabilidad clínica. El más utilizado en Estados Unidos es el SF-36, que comienza a extenderse por todo el mundo. Se trata de un cuestionario de 36 ítem que abarcan 8 dimensiones del estado de salud, generando un índice global. La versión española del SF-36 fue obtenida mediante un estudio protocolizado por la International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project en 1995. Posteriormente, fue validado para la población española mediante un estudio poblacional publicado en 1998 por el mismo grupo, existiendo otros grupos de enfermedades en los que también se ha aplicado. La puntuación obtenida por un paciente nos puede dar idea de cómo la enfermedad repercute en su calidad de vida, permitiendo valorar la respuesta al tratamiento.

Existen cuestionarios de calidad de vida mixtos (genéricos y específicos) como el Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI), recientemente validado en su versión española, con resultados similares al SF-36.

Por último, entre los cuestionarios específicos cabe destacar el Glasgow Dyspepsia Severity Score, focalizado en síntomas del tracto digestivo superior y utilizado en la dispepsia funcional. Más que medir la calidad de vida, mide la intensidad de los síntomas dispépticos a través de 8 ítem, y puede servir para el control del tratamiento en casos más complicados.

Este grupo recomienda el cuestionario SF-36 para valorar la calidad de vida, y el Glasgow Dyspepsia Severity Score, en su versión en castellano, para el control del tratamiento midiendo la intensidad de los síntomas.

## **CUESTIONARIO DE SALUD SF 36**

VERSIÓN ESPAÑOLA 1.4 (JUNIO 1999)

### **INSTRUCCIONES**

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca mas cierto.

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general usted diría que su salud es:

- 1  Excelente
- 2  Muy buena
- 3  Buena
- 4  Regular
- 5  Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- 1  Mucho mejor ahora que hace un año
- 2  Algo mejor ahora que hace un año
- 3  Más o menos igual que hace un año
- 4  Algo peor ahora que hace un año
- 5  Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS  
QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita coger o llevar la bolsa de la compra?

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita subir varios pisos por la escalera?

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU  
TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS

13. Durante las 4 últimas semanas ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1  Sí
- 2  No

14. Durante las 4 últimas semanas ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

- 1  Sí
- 2  No



15. Durante las 4 últimas semanas ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
- 1  Sí  
2  No
16. Durante las 4 últimas semanas ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó mas de lo normal), a causa de su salud física?
- 1  Sí  
2  No
17. Durante las 4 últimas semanas ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
- 1  Sí  
2  No
18. Durante las 4 últimas semanas ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
- 1  Sí  
2  No
19. Durante las 4 últimas semanas ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
- 1  Sí  
2  No
20. Durante las 4 últimas semanas ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?
- 1  Nada  
2  Un poco  
3  Regular  
4  Bastante  
5  Mucho
21. Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?
- 1  No, ninguno  
2  Sí, muy poco  
3  Sí, un poco  
4  Sí, moderado  
5  Sí, mucho  
6  Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- 1  Nada
- 2  Un poco
- 3  Regular
- 4  Bastante
- 5  Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?.

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Algunas veces
- 4  Sólo alguna vez
- 5  Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE ACERTADA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- 1  Totalmente cierta
- 2  Bastante cierta
- 3  No lo sé
- 4  Bastante falsa
- 5  Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

- 1  Totalmente cierta
- 2  Bastante cierta
- 3  No lo sé
- 4  Bastante falsa
- 5  Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

- 1  Totalmente cierta
- 2  Bastante cierta
- 3  No lo sé
- 4  Bastante falsa
- 5  Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

- 1  Totalmente cierta
- 2  Bastante cierta
- 3  No lo sé
- 4  Bastante falsa
- 5  Totalmente falsa

VERSIÓN ESPAÑOLA DE LA ESCALA GLASGOW DYSPEPSIA SEVERITY SCORE:  
(Monés y cols. REV ESP ENFERM DIG, 2001)

A) FRECUENCIA DE APARICIÓN DE SÍNTOMAS

¿Durante los últimos 6 meses con qué frecuencia ha tenido síntomas (molestias) digestivos?

Nunca	.0
Sólo 1 o 2 días	.1
Aproximadamente 1 día al mes	.2
Aproximadamente 1 día a la semana	.3
Aproximadamente la mitad de días	.4
Casi todos los días	.5

B) INFLUENCIA SOBRE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

¿Han influido los síntomas que padece para la realización de sus actividades normales como comer, dormir o realizar su vida social normal?

Nunca	.0
Algunas veces	.1
Normalmente	.2

C) INFLUENCIA EN EL TRABAJO

¿Cuántos días de trabajo ha perdido, debido a los síntomas que padece, durante los últimos 6 meses?

Ninguno	.0
Entre 1 y 7 días	.1
Más de 7 días	.2

D. CONSULTAS A MÉDICOS

¿Cuántas veces ha consultado por los síntomas digestivos que padece en los últimos 6 meses?

Ninguna	.0
Una	.1
Dos o más	.2

E. VISITAS MÉDICAS A DOMICILIO

¿Cuántas veces ha solicitado a su médico que acuda a visitarle a su casa por los síntomas digestivos, en los últimos 6 meses?

Ninguna	.0
Una	.1
Dos o más	.2

F. EXPLORACIONES DIGESTIVAS

¿Cuántas pruebas (exploraciones complementarias) le han realizado para el diagnóstico de los síntomas digestivos en los últimos 6 meses?

Ninguna	.0
Una	.1
Dos o más	.2

### G. TRATAMIENTO

Durante los últimos 6 meses, cuántos días ha utilizado medicación que no le había prescrito un médico (automedicación) para mejorar sus molestias?

Ninguno . . . . .	0
Menos de una vez por semana . . . . .	.1
Más de una vez por semana . . . . .	.2

Durante los últimos 6 meses, cuántos días ha utilizado medicación prescrita por su médico para sus síntomas digestivos?

Ninguna . . . . .	.0
Durante 1 mes o menos . . . . .	.1
Durante 1 a 3 meses . . . . .	.2
Durante más de 3 meses . . . . .	.3



### SOBRE LA ÚLCERA GÁSTRICA

#### 3.1 Diagnóstico de la úlcera gástrica

El diagnóstico de úlcera gástrica (al igual que el control posterior de su erradicación) se realizará mediante una gastroscopia con toma de muestras para Anatomía Patológica en las que se descarte malignidad. La toma de muestras de la úlcera deberá ser de un mínimo de 6 biopsias (del borde y el fondo), preferiblemente acompañado de citología de la lesión, ya que la asociación de ambas medidas aumenta la sensibilidad de la técnica para la detección de neoplasia.

Para la determinación de *Hp* mediante Clotest (test de la ureasa), se deberá tomar una muestra de antro, si bien en aquellos pacientes que se han sometido a pauta erradicadora, dado que el microorganismo puede emigrar a tramos proximales del estómago, se recomienda la toma de muestras de antro y cuerpo.

#### 3.2 Tratamiento para la cicatrización de la úlcera gástrica

El fármaco de elección para la cicatrización de la úlcera gástrica es el omeprazol, a dosis de 20 mg /12 h, durante 4-6 semanas, habiendo demostrado mayor eficacia que la ranitidina o el resto de fármacos antiH<sub>2</sub>. Existen menos estudios con otros fármacos inhibidores de la bomba de protones, como el lansoprazol, el pantoprazol o el rabeprazol. Si bien parecen ser tan eficaces como el omeprazol, por mejor relación coste/eficacia se recomienda el omeprazol.

Se deberá comprobar la cicatrización mediante una endoscopia, con toma de biopsia, para descartar la posibilidad de que se trate de un carcinoma gástrico ulcerado.

#### 3.3 Tratamiento erradicador de *Helicobacter pylori* en la úlcera gástrica

En los casos de úlcera gástrica asociada a *Helicobacter pylori*, está indicado el tratamiento erradicador del microorganismo. La pauta recomendada en nuestro medio es: omeprazol 20 mg + amoxicilina 1g + claritromicina 500 mg, todos ellos cada 12 horas durante 7 días.

Aunque existen menos estudios con otros fármacos inhibidores de la bomba de protones, como el lansoprazol 30 mg, el pantoprazol 40 mg o el rabeprazol, parecen ser tan eficaces como el omeprazol. Hoy en día, por mejor relación costo/eficacia se recomienda el omeprazol. En los casos de consumo concomitante de diazepam, nifedipino, warfarina, digoxina, fenitoína, y carbamacepina, debido a la actuación del omeprazol sobre el citocromo p450, y a la variación en los niveles plasmáticos de los citados fármacos, se recomienda el uso del pantoprazol. En casos de alergia a la penicilina, se sustituirá la amoxicilina por metronidazol 500 mg/12h, fármaco que no se considera de primera línea por contar con una tasa de resistencia de hasta un 25-30% en nuestro medio.



### 3.4 Tratamiento de la úlcera péptica complicada

En la úlcera péptica complicada (perforación, penetración, estenosis o hemorragia), ya sea duodenal o gástrica, se recomienda continuar con IBP tras la pauta erradicadora hasta completar las 4 semanas, para asegurar la cicatrización del *ulcus* en el porcentaje de pacientes en los que no se logra erradicar. Pero, cuando la úlcera es duodenal y no complicada, no es preciso este tratamiento de mantenimiento con IBP. En los casos de úlcera gástrica no complicada no hay suficiente evidencia al respecto, recomendando algunos autores, entre los que se encuentra este grupo, el mantenimiento durante 1 mes con IBP en las úlceras mayores de 1 cm, por tener, en ocasiones, una cicatrización más tórpida.

### 3.5 Control de la cicatrización de la úlcera gástrica

En toda úlcera gástrica es preciso controlar la cicatrización a través de la endoscopia y toma de biopsias.

Este control debe realizarse al menos tras 4-6 semanas de iniciado el tratamiento con IBP, e incluirá la realización de Clotest para comprobar la eficacia de la pauta erradicadora, advirtiendo al paciente previamente de la necesidad de dejar de tomar el IBP al menos 15 días antes para no producir falsos negativos.

### 3.6 Actuación en los casos de fracaso de la erradicación del *Helicobacter pylori*

Para los pacientes en los que ha fracasado la erradicación tras la primera pauta, se recomienda en nuestro medio, como pauta de rescate, el uso de IBP/12h + subcitrato de bismuto 120 mg/6h + metronidazol 500 mg/8h + tetraciclina 500 mg/6h durante 7 días, ya que esta pauta consigue tasas de erradicación cercanas al 95%. Para el pequeño subgrupo de pacientes en los que no se ha logrado la erradicación tras esta segunda pauta, se aconseja una nueva endoscopia con toma de biopsia para cultivo y antibiograma, que permita identificar las resistencias del *Hp*, así como la instauración de un tratamiento específico. No existe evidencia para los pacientes que no responden a este tratamiento específico, si bien algunos autores recomiendan un seguimiento clínico periódico ante el posible riesgo de nuevos brotes ulcerosos. Tras una pauta erradicadora, la comprobación del status *Hp* deberá realizarse al menos 4 semanas después ya que, si se hace antes, aumenta la tasa de falsos negativos.

### 3.7 Actuación en los casos de fracaso de la cicatrización

Las principales causas de ausencia de cicatrización en la úlcera péptica son la persistencia de *Hp*, el incumplimiento del tratamiento, el tabaquismo intenso y la toma subrepticia de AINEs, por lo que habrá que interrogar sobre estas cuestiones siempre que una úlcera persista tras el tratamiento antisecretores.

Posteriormente, está indicado un nuevo ciclo de otras 8 semanas de tratamiento con IBP/12h, con control endoscópico posterior de cicatrización. Si, tras este segundo ciclo de IBP, y excluidas las causas descritas de retraso en la cicatrización, persiste la úlcera, las posibilidades de que exista un cáncer gástrico subyacente no encontrado en las biopsias tomadas es grande, por lo que se recomienda un tratamiento quirúrgico.

### SOBRE LA ÚLCERA DUODENAL

#### 4.1. Tratamiento erradicador de *Helicobacter pylori* en la úlcera duodenal

La prevalencia de la infección por *Hp* en la UD es muy alta, oscilando entre los diferentes países desde el 75% al 100%. En España se describen prevalencias superiores al 90% tanto en UD no complicada como en UD complicada.

Las pautas usadas en la actualidad combinan tres fármacos. Las pautas de dos fármacos tienen una tasa de erradicación inaceptablemente baja (establecida por consenso en > 90%) pudiendo inducir fácilmente resistencias bacterianas. Las de cuatro fármacos, debido a las dificultades de cumplimiento del tratamiento, se reservan como pautas alternativas o de rescate en casos de fracaso de las pautas de tres fármacos. La pauta triple que consigue mejores resultados de erradicación, cumplimiento y menores efectos secundarios se basa en el omeprazol y la claritromicina, siendo el tercer fármaco la amoxicilina o el metronidazol. Optar por uno u otro depende fundamentalmente de las posibles resistencias bacterianas al metronidazol, ya que no se han descrito resistencias del *Hp* a la amoxicilina, de la intolerancia digestiva y del coste, por lo que se prefiere en principio optar por la amoxicilina. Ambas son de administración cada doce horas durante una semana.

Un paciente con diagnóstico reciente o antiguo de UD no complicada, que no ha sido sometido a terapia erradicadora y que consulta por síntomas dispépticos o que está en tratamiento de mantenimiento con anti-secretores, debe tratarse con la triple terapia de erradicación del *Helicobacter pylori* durante 7 días:

- Omeprazol\* 20 mg / 12 h.
- Claritromicina 500 mg / 12 h.
- Amoxicilina 1 gr / 12 h.

- \* La eficacia de los diferentes inhibidores de la bomba de protones es equivalente. Se recomienda el omeprazol por su mejor relación costo/eficacia. (Si existe alergia conocida a la amoxicilina, ésta se sustituirá por el metronidazol).

#### 4.2. Control de la erradicación del *Helicobacter pylori* en la úlcera duodenal

La decisión de optar por realizar al paciente con UD un test de *Hp*, frente a tratarlo sin saber si es positivo o no, y la no comprobación de la erradicación en pacientes asintomáticos, viene dada por el hecho de que la prevalencia de *Hp* en la úlcera duodenal es mayor de 95%, y que la erradicación se consigue entre un 70-90%. A esto se añade el hecho de que, en la actualidad, el test del aliento que sería de aplicación es caro, de escasa disponibilidad en AP, así como la falta

de estudios rigurosos que comparen las dos estrategias desde la perspectiva del coste/efectividad. Por tanto, dicha decisión se apoya en la opinión y no en la evidencia científica, y puede ser modificada en función de la variación en los costes del test y el desarrollo de resistencias bacterianas.

La prueba de detección de antígeno en heces (HpSA) tiene una sensibilidad similar al test del aliento pero menor especificidad. Es útil para el diagnóstico y el control post-tratamiento.

La serología en nuestro medio carece de valor predictivo adecuado.

### **4.3. Vigilancia de resistencias y coordinación entre niveles**

Se debe establecer un procedimiento de vigilancia de la aparición de resistencias bacterianas y de la prevalencia de la infección. Recomendación basada en consenso de expertos.

Se deben coordinar los niveles de AP y AE para el correcto tratamiento de los pacientes no complicados y los de difícil manejo. Recomendación basada en consenso de expertos.

### SOBRE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

#### 5.1. Diagnóstico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE)

El diagnóstico en un paciente con síntomas típicos de ERGE (pirosis y regurgitación ácida, de aparición fundamentalmente después de las comidas y sin dolor epigástrico), puede realizarse a partir de la historia clínica tras ensayo terapéutico con omeprazol.

Los estudios efectuados de concordancia entre la historia clínica y el diagnóstico endoscópico han demostrado que se puede diagnosticar la ERGE a partir de los síntomas.

La endoscopia sólo se indicará en aquellos casos de: fracaso terapéutico, presencia de síntomas alarma (disfagia, odinofagia, hemorragia, existencia de masas, síntomas esofágicos), según las recomendaciones de la Sociedad Americana de Endoscopia Gastroduodenal.

La pH-metría esofágica ambulatoria de 24 horas está indicada para detectar la presencia de reflujo en pacientes que no responden al tratamiento cuya endoscopia ha resultado normal. Aunque es la mejor prueba para detectar la exposición al ácido del esófago.

La radiología con contraste y el test de Berstein no se consideran métodos diagnósticos útiles en un paciente que tiene síntomas típicos de ERGE.

La manometría esofágica puede ser de ayuda para la localización del esfínter esofágico inferior y la colocación del electrodo del pH-neutro, aunque últimamente se está cuestionando su utilidad.

#### 5.2. Estilos de vida

La modificación de hábitos higiénico-dietéticos es una práctica habitual en la consulta médica como primera medida en pacientes con ERGE, aunque en los estudios realizados hasta el momento, como el DIGEST, sobre la prevalencia de la ERGE y su relación con factores de riesgo, éstos no parecen tener un papel importante.



## GLOSARIO DE TÉRMINOS

<b>ACE</b>	Análisis costo-efectividad
<b>AE</b>	Atención Especializada
<b>AINEs</b>	Antiinflamatorios no esteroideos
<b>AP</b>	Atención Primaria
<b>BOMT</b>	Bismuto, omeprazol, metronidazol, tetraciclina
<b>C</b>	Consenso
<b>CMV</b>	Citomegalovirus
<b>DCCU-AP</b>	Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias-Atención Primaria
<b>DF</b>	Dispepsia funcional
<b>ECC</b>	Ensayo clínico controlado
<b>ERGE</b>	Enfermedad por reflujo gastroesofágico
<b>GPC</b>	Guías de práctica clínica
<b>Hp</b>	Helicobacter pylori
<b>IBP</b>	Inhibidores de la bomba de protones
<b>MA</b>	Meta-análisis
<b>O</b>	Estudio observacional
<b>OCA</b>	Omeprazol, claritromicina, amoxicilina
<b>PEG</b>	Gastrostomía por endoscopia
<b>R</b>	Revisión convencional
<b>RRR</b>	Reducción del riesgo relativo
<b>RS</b>	Revisión sistemática
<b>SCCU-H</b>	Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias-Hospital
<b>SSPA</b>	Sistema Sanitario Público de Andalucía
<b>UD</b>	Úlcera duodenal
<b>UG</b>	Úlcera gástrica
<b>UP</b>	Úlcera péptica
<b>VDP</b>	Validación pruebas diagnósticas
<b>VHS1</b>	Virus herpes simple tipo 1



### Destinatarios y expectativas

1. Cross D. Patient satisfaction with time spent with their physician. The Journal of family practice, vol.47, nº (Aug) 1998.
2. Hernán M, Prieto MA, Gutiérrez JL, Martínez F, Pascua N. Expectativas calidad percibida y satisfacción de usuarios, sobre los Servicios Sanitarios en Andalucía. Documentos Escuela Andaluza de Salud Pública: Expectativas de Pacientes. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada, febrero 2001
3. Mira JJ, Aranz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. Med. Clin (Barc) 2000, 114 (Supl 3): 26-33.
4. Barker R. Characteristics of practices, general practitioners and patients related to levels of patients satisfactions with consultations. British Journal of General Practice. October 1996
5. Mira JJ et al. ¿Qué hace que los pacientes estén satisfechos?. Análisis de la opinión de pacientes y profesionales mediante la técnica Delphi. Rev Calidad Asistencial 1999; 14:165-177
6. Mira JJ et al. Semejanzas y diferencias entre satisfacción y calidad percibida. Rev Calidad Asistencial 2000 15:36-42

### Dispepsia

1. Sander J, Van Zanten V, Flook N et al. An evidence-based approach to the management of uninvestigated dyspepsia in the era of helicobacter pylori. CMAJ 2000; 162: s3-s23	<b>GPC</b>
2. American Gastroenterological Association Medical Position Statement: Evaluation of dyspepsia. Gastroenterology 1998; 114: 579-581	<b>GPC</b>
3. Alberta Clinical Practice Guidelines Working Group. Guideline for Diagnosis and Treatment of Chronic Undiagnosed Dyspepsia in Adults. Alberta Medical Association. 2001 <a href="http://www.albertadoctors.org/resources/gastroenterology.html">http://www.albertadoctors.org/resources/gastroenterology.html</a>	<b>GPC</b>
4. Estudio y tratamiento del paciente con dispepsia. Grupo de trabajo de estómago. Sociedad Española de Patología Digestiva. 2000. <a href="http://www.saludaliamedica.com/Med/protocolos/sepd.htm#">http://www.saludaliamedica.com/Med/protocolos/sepd.htm#</a>	<b>GPC</b>
5. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Helicobacter pylori. Eradication therapy in dyspeptic disease August 1996. Rev. 1998. <a href="http://www.sign.ac.uk/pdf/sign7.pdf">http://www.sign.ac.uk/pdf/sign7.pdf</a> . August 1996.	<b>GPC</b>
6. Chiva N, Veldhuyzen van Zanten S J, Ferguson RA, Escobedo S, Grace E. Treating helicobacter pylori in primary care patients with uninvestigated dyspepsia: the Canadian adult dyspepsia empiric treatment-helicobacter pylori positive (CADET-Hp) randomized trial. BMJ 2002; 324: 1012-1016.	<b>ECC</b>



7. Laheij RJ, Severens JL, Van de Lisdonk EH, Verbeek AL, Jansen JB. Randomized controlled trial of omeprazole or endoscopy in patients with persistent dyspepsia: a cost-effectiveness analysis. <i>Alimentary Pharmacology &amp; Therapeutics</i> 1998; 12: 1249-1256.	<b>ECC-ACE</b>
8. Ofman JJ, Rabeneck L. The effectiveness of endoscopy in the management of dyspepsia: a qualitative systematic review. <i>American Journal of Medicine</i> 1999; 106: 335-346.	<b>RS</b>
9. Soo S, Moayyedi P, Deeks J, Delaney B, Innes M, Forman D. Pharmacological interventions for non-ulcer dyspepsia (Cochrane Review). In: <i>The Cochrane Library</i> , Issue 1, 2001. Oxford: Update Software.	<b>RS</b>
10. Delaney BC, Innes MA, Deeks J et al. Initial management strategies for dyspepsia (Cochrane Review). In: <i>The Cochrane Library</i> , issue 1, 2001. Oxford: Update software.	<b>RS</b>
11. Nyren O. Therapeutic trial in dyspepsia: its role in the primary care setting. <i>Scand J Gastroenterol</i> 1991; 26 (suppl 182): 61-69	<b>R</b>
12. Helgi Kolk, Heidi-Ingrid Maaros et al. Open access endoscopy in an epidemiological situation of high prevalence of <i>Helicobacter pylori</i> infection: applicability of the guidelines of the European Society for Primary Care Gastroenterology. <i>Family Practice</i> 2002; 19: 231-235	<b>Cohortes</b>
13. Brun J. Managing patients in general practice. <i>Scand J Gastroenterol</i> 1996; 215: 116-117	<b>R</b>
14. Talley NJ, Weaver AL, Tesmer DL, Zinsmeister AR. Lack of discriminant value of dyspepsia subgroups in patients referred for upper endoscopy. <i>Gastroenterology</i> 1993; 105: 1378-1386	<b>O</b>
15. Breslin NP, Thomson ABR, Bailey RJ et al. Gastric cancer and other endoscopic diagnoses in patients with benign dyspepsia. <i>Gut</i> 2000; 46: 93-97	<b>O</b>

## Dispepsia funcional

1. Arnalich F, Martínez-Hernández PL, Capitán CF, Camacho J. Tratamiento de la dispepsia funcional y del intestino irritable. <i>Inf Ter Sist Nac Salud</i> 1998; 22: 1-8	<b>GPC</b>
2. Sander J, Van Zanten V, Flook N et al. An evidence-based approach to the management of uninvestigated dyspepsia in the era of helicobacter pylori. <i>CMAJ</i> 2000; 162: s3-s23	<b>GPC</b>
3. American Gastroenterological Association Medical Position Statement: Evaluation of dyspepsia. <i>Gastroenterology</i> 1998; 114: 579-581	<b>GPC</b>
4. Bazaldua OV, Schneider FD. Evaluation and management of dyspepsia. <i>Am Fam Physician</i> 1999; 60: 1773-1788	<b>GPC</b>
5. Alberta Clinical Practice Guidelines Working Group. Guideline for Diagnosis and Treatment of Chronic Undiagnosed Dyspepsia in Adults. Alberta Medical Association. 2001. <a href="http://www.albertadoctors.org/resources/gastroenterology.html">http://www.albertadoctors.org/resources/gastroenterology.html</a>	<b>GPC</b>
6. Estudio y tratamiento del paciente con dispepsia. Grupo de trabajo de estómago. Sociedad Española de Patología Digestiva. 2000. <a href="http://www.saludaliamedica.com/Med/protocolos/sepd.htm#">http://www.saludaliamedica.com/Med/protocolos/sepd.htm#</a>	<b>GPC</b>
7. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Helicobacter pylori. Eradication therapy in dyspeptic disease August 1996. Rev. 1998. <a href="http://www.Sign.ac.uk./pdf/sign7.pdf">http://www.Sign.ac.uk./pdf/sign7.pdf</a> . August 1996	<b>GPC</b>
8. Gispert JP, Calvet X, Gabriel R, Pajares JM. Infección por Helicobacter pylori y dispepsia funcional. Metaanálisis de la eficacia del tratamiento erradicador. <i>Med Clin (Barc)</i> 2002; 118; (11); 405-9.	<b>MA</b>

9. Shiau JY, Shukla V K, Dube C. Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment. The efficacy of proton pump Inhibitors in adults with functional dyspepsia. January 2002	<b>MA</b>
10. Finney JS, Kinnersley N, Hughes M, O'Bryan-Tear CG, Lothian J. Meta-analysis of antisecretory and gastrokinetic compounds in functional dyspepsia. <i>Jour Clin Gastroenterol</i> 1998; 26: 312-320	<b>MA</b>
11. Moayyedi P, Soo S, Deeks J et al. Eradication of helicobacter pylori for non-ulcer dyspepsia (Cochrane Review). In: <i>The Cochrane Library</i> , Issue 1, 2001. Oxford: Update Software.	<b>RS</b>
12. Bytzer P, Hansen JM, Schaffalitzky de Muckadell OB. Empirical H2-blocker therapy or prompt endoscopy in management of dyspepsia. <i>Lancet</i> 1994; 343: 811-816	<b>ECC</b>
13. Hamilton J, Guthrie E, Creed F et al. A randomized controlled trial of psychotherapy in patients with chronic functional dyspepsia. <i>Gastroenterology</i> 2000; 119: 661-669	<b>ECC</b>
14. Wiklund I; Glise H; Jerndal P; Carlsson J; Talley NJ. Does endoscopy have a positive impact on quality of life in dyspepsia?. <i>Gastrointestinal Endoscopy</i> 1998; 47: 449-454	<b>ECC</b>
15. Haug TT, Svebak S, Wilhelmsen I, Berstad A, Ursin H. Psychotherapy in functional dyspepsia. <i>J Psychosom Res</i> 1994; 38: 281-291	<b>ECC</b>
16. Talley NJ, Meineche-Schmidt V, Pare P et al. Efficacy of omeprazole in functional dyspepsia: double-blind, randomized, placebo-controlled trials (the Bond and Opera studies). <i>Alimentary Pharmacology &amp; Therapeutics</i> 1998; 12: 1055-1065	<b>ECC</b>
17. Guthrie E, Creed F, Dawson D, Tomenson B. A controlled trial of psychological treatment for the irritable bowel syndrome. <i>Gastroenterology</i> 1991; 100: 450-457	<b>ECC</b>
18. Mearin F, Balboa A, Zárata N, Cucala M, Malagelada JR. Placebo in functional dyspepsia: symptomatic gastrointestinal motor and gastric sensorial response. <i>Am J Gastroenterol</i> 1999; 94: 116-125	<b>Casos-Controles</b>
19. Talley NJ, Stanghellini V, Heading RC, Koch KL, Malagelada JR, Tytgat GNJ. Functional gastroduodenal disorders. <i>Gut</i> 1999; 45 (supl II): 1137-1142.	<b>R</b>
20. Bixquert M. Tratamiento de la dispepsia funcional. <i>Revis Gastroenterol</i> 2000; 2: 269-281.	<b>R</b>
21. Mearin F. ¿Qué sabemos y qué ignoramos de la dispepsia funcional? <i>Rev Esp Enf Digest</i> 1991; 79: 1619-1671	<b>R</b>
22. Talley NJ. Therapeutic Options in nonulcer dyspepsia. <i>J Clin Gastroenterol</i> 2001; 32: 286-293	<b>R</b>
23. Rey Díaz-Rubio E, Díaz-Rubio M. Dispepsia funcional: la importancia de la relación médico / paciente. En: Mearin F. Dispepsia funcional tan desconocida como frecuente. <i>Doyma</i> 1998; 251-256	<b>R</b>
24. Berstad A, Olafsson S, Tefera S, Hatleback JG, Gilja OH, Hausken T. Controversies in dyspepsia. <i>Eur J Surg</i> 2001; 586: 4-11	<b>R</b>
25. Pantoflickova D, Blum AL. Should we eradicate helicobacter pylori in non-ulcer dyspepsia?. <i>Gut</i> 2001; 48: 758-761	<b>R</b>
26. Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, De la Fuente L. Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. <i>Med Clin (Barc)</i> 1998; 111: 410-416	<b>VDP</b>
27. Ayuso-Mateos JL, Lasa L, Vázquez-Barquero JL. Validez interna y externa de la versión española del SF-36. <i>Med Clin (Barc)</i> 1999; : 37	<b>VDP</b>
28. Quintana JM, Cabriada J, López de Tejada I et al. Traducción y validación del Índice de Calidad de Vida Gastrointestinal (GIQLI). <i>Rev Esp Enferm Dig (Madrid)</i> 2001; 93: 693-699	<b>VDP</b>

29. Monés J, Adan A, López JS, Artés M. Validación de la versión española de la Glasgow Dyspepsia Severity Score. Rev Esp Enferm Dig (Madrid) 2001; 93: 164-169	<b>VDP</b>
30. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. Med Clin (Barc) 1995; 104: 771-776	<b>VDP</b>
31. Monés J, Guilera M, Artés M, López JS, Guerrero T, Fillat O. Criterios de los médicos de atención primaria para la indicación de tratamiento con procinéticos o antisecretores en pacientes con dispepsia funcional. Rev Esp Enferm Dig 2001; 93: 281-286	<b>O</b>
32. Caballero AM, Sofos S, Martín JL, Valenzuela M. Prevalencia de la dispepsia en España. Med Clin (Barc) 1994; 103: 717	<b>O</b>
33. Drossman DA, Thompson WG, Talley NJ, Funch-Jensen P, Janssens J, Whitehead WE. Identification of sub-groups of functional gastrointestinal disorders. Gastroenterology Intl 1990; 3: 159-172	<b>C</b>

### Úlcera gástrica

1. Soll AH. Medical treatment of peptic ulcer disease. Practice guidelines. treatment of peptic ulcer disease. Practice guidelines. JAMA.1996; 275-622.	<b>GPC</b>
2. Bazzoli F, Pozzato P, Zagari M et al. Efficacy of lansoprazole in eradicating <i>Helicobacter Pylori</i> : a meta-analysis. Helicobacter 1998;3:195	<b>MA</b>
3. Huang J, Hunt RH. The importance of clarithromycin dose in the management of <i>Helicobacter Pylori</i> infection: a meta-analysis of triple therapies with a proton pump inhibitor, clarithromycin and amoxicillin or metronidazole. Aliment Pharmacol Ther 1999; 13: 719.	<b>MA</b>
4. N, Rao BV, Rademaker JW et al. Meta-analysis of the efficacy of antibiotic therapy in eradicating <i>Helicobacter Pylori</i> . Am J Gastroenterol 1992;87:1716	<b>MA</b>
5. Schmid CH, Whiting, Cory D et al. Omeprazole plus antibiotics in the eradication of <i>Helicobacter Pylori</i> infection: a meta-regression analysis of eradication of <i>Helicobacter Pylori</i> infection: a meta-regression analysis of randomised, controlled trials. Am J Ther 1999; 6:25	<b>MA</b>
6. Graham DY, Schwartz JT, Cain D et al. Prospective evaluation of biopsy number in the diagnosis of esophageal and gastric carcinoma Gastroenterology 1982;82:228	<b>ECC</b>
7. Schepp W, Classen M. Omeprazole in the acute treatment of gastric ulcer. Scand J Gastroenterol 1989;166:58	<b>ECC</b>
8. Axon ATR, O'Morain CA, Bardhan KD, et al. Randomised double-blind controlled study of recurrence of gastric ulcer after treatment for eradication of gastric ulcer after treatment for eradication of <i>Helicobacter Pylori</i> infection. Br Med J 1997;314:565.	<b>ECC</b>
9. Van der Hulst RWM, Rauws EAJ, Köycü B et al. Prevention of ulcer recurrence after eradication of <i>Helicobacter Pylori</i> : a prospective long-term follow-up study. Gastroenterology 1997;113:1082	<b>ECC</b>
10. Labenz J, Børsh G. Highly significant change of the clinical course of relapsing and complicated peptic ulcer disease after cure of <i>Helicobacter Pylori</i> infection. Am J Gastroenterol 1994;89:1785	<b>ECC</b>
11. Bermejo F, Boixeda D, Gisbert JP et al. Efecto de la erradicación de <i>Helicobacter Pylori</i> sobre la recurrencia de la úlcera gástrica a lo largo de 12 meses. Med Clin (Barc) 2000;115:201	<b>ECC</b>

12. Malfertheiner P, Bayerdorffer E, Diете U et al. The GU-MACH study: the effect of 1-week omeprazole triple therapy on <i>Helicobacter Pylori</i> infection in patients with gastric ulcer. <i>Aliment Pharmacol Ther</i> 1999;13:703	<b>ECC</b>
13. Gschwantler M, Dragosics B, Schutze K et al. Famotidine versus omeprazole in combination with clarithromycin and metronidazole for eradication of <i>Helicobacter Pylori</i> - a randomised, controlled trial. <i>Aliment Pharmacol Ther</i> 1999;13: 1063	<b>ECC</b>
14. Ellenrieder V, Fensterer H, Wourick M et al. Influence of clarithromycin dosage on pantoprazole combined triple therapy for eradication of <i>Helicobacter Pylori</i> . <i>Aliment Pharmacol Ther</i> 1998;12:613.	<b>ECC</b>
15. Catalano F, Catazaro R, Bentinegna C et al. Ranitidine Bismuth citrate versus omeprazole triple therapy for the eradication of <i>Helicobacter Pylori</i> and healing of duodenal ulcer. <i>Aliment Pharmacol Ther</i> 1998; 12:59.	<b>ECC</b>
16. Jaup BH, Norrby A. Low-dose short term triple therapy for eradication of <i>Helicobacter pylori</i> . <i>Am J Gastroenterol</i> 1994;89;;1400	<b>ECC</b>
17. García S, Fuentes J, Ducóns JA et al. ¿Es suficiente y seguro un tratamiento de una semana para cicatrizar la úlcera péptica?. <i>Rev Esp Enferm Dig</i> 2000;92:5-8.	<b>ECC</b>
18. Boixeda D, Gisbert JP, de Rafael L, et al. Importancia de la obtención de biopsias del cuerpo gástrico en el seguimiento después del tratamiento erradicador de <i>Helicobacter pylori</i> . <i>Med Clin (Barc)</i> 1995;105:556	<b>ECC</b>
19. El-Zimaity HMT, Al-Assi MT, Genta RM, et al. Confirmation of successfully therapy of <i>Helicobacter pylori</i> infection: number and site of biopsies or a rapid urease test. <i>Am J Gastroenterol</i> 1995;90:1962	<b>ECC</b>
20. Laine L, Suchower L, Johnson E, et al. Accuracy of CLOtest after <i>Helicobacter pylori</i> therapy. <i>Gastrointest Endosc</i> 1998;47:250.	<b>ECC</b>
21. Santolaria S, Guirao R, Ducons JA, et al. Efectividad de la pauta "cuádruple" en los fracasos de erradicación: análisis detallado según las resistencias a claritromicina y metronidazol. <i>Gastroenterol y Hepatol.</i> 1998;21:519	<b>ECC</b>
22. Borda F, Martínez A, Echaría A. Clinical practice results of quadruple treatment in <i>Helicobacter pylori</i> eradication failure with OCA7. <i>Gut.</i> 1998; 43:81.	<b>ECC</b>
23. Stack WA, Stack WA, Knifton A, et al. Safety and efficacy of rabeprazole in combination with four antibiotic regimens for the eradication of <i>Helicobacter pylori</i> in patients with chronic gastritis with or without peptic ulceration <i>Am J Gastroenterol</i> 1998; 93:1909-13	<b>ECC</b>
24. Lanás A, Remacha B, Esteve F, et al. Risk factors associated with refractory peptic ulcer. <i>Gastroenterology</i> 1995;109:1124-8	<b>ECC</b>
25. European <i>Helicobacter pylori</i> Study Group. Technical annex: Test used to assess <i>Helicobacter pylori</i> infection. <i>Gut</i> 1997;41 (Suppl):S10	<b>RS</b>
26. Soll AH. Peptic ulcer and its complications. En: Feldman M, Scharschmidt BF and Sleisenger MH (eds), <i>Gastrointestinal and liver disease</i> . Philadelphia: WA Saunders, 1998:620.	<b>R</b>
27. Del Valle J, Cohen H, Laine L et al. Acid peptic disorders. En: Yamada T, Alpers DH, Laine L, Owyang C, Powel DW (eds). <i>Textbook of Gastroenterology</i> . Philadelphia. Lippincott Williams and Wilkins 1999:1370.	<b>R</b>
28. Cotton PB and Shannon PJ. Analysis of endoscopy and radiography in the diagnosis, follow-up and treatment of peptic ulcer disease. <i>Clin Gastroenterol</i> 1984;13:83	<b>R</b>
29. Humphries TJ, Merritt GJ. Review article: Drug interactions with agents used to treated acid-related disease. <i>Aliment Pharmacol Ther</i> 1999;13:18-26	<b>R</b>
30. Barhan KD. Is there any acid peptic disease that is refractory to proton pump inhibitors? <i>Aliment. Pharmacol Ther</i> 1993;7:13-29	<b>R</b>
31. Fraser GM, Earnshaw PM. The double-contrast barium meal: a correlation with endoscopy. <i>Clin Radiol</i> 1983;34:121	<b>VPD</b>

32. Current European concepts in the management of <i>Helicobacter Pylori</i> infection. The Maastricht Consensus Report. European <i>Helicobacter Pylori</i> Study Group. Gut 1997; 41(1):8	<b>VPD</b>
33. Sainz R, Borda F, Dominguez E, et al. Conferencia española de consenso sobre la infección por <i>Helicobacter Pylori</i> . Rev Esp Enferm Digest 1999;91:777	<b>C</b>

## Úlcera duodenal

1. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Helicobacter pylori. Eradication therapy in dyspeptic disease August 1996. Rev. 1998. <a href="http://www.Sign.ac.uk./pdf/sign7.pdf">http://www.Sign.ac.uk./pdf/sign7.pdf</a> . August 1996	<b>GPC</b>
2. Jovel A J, Aymerich M, Garcia-Altes A, Serra-Prat M. Clinical practice guideline for the eradicating therapy of Helicobacter pylori infections associated to duodenal ulcer in primary care. Brief Reports CAHTA. BR98001. Catalan Agency for Health Technology Assessment. CAHTA brief reports. 1998. 14.	<b>GPC</b>
3. O'Brien B, Goeree R, Mohamed A H, Hunt R. Cost-effectiveness of Helicobacter pylori eradication for the long-term management of duodenal ulcer in Canada. Archives of Internal Medicine 1995;155(18):1958-1964.	<b>MA</b>
4. Laine L, Hopkins R J, Girardi L S. Has the impact of helicobacter pylori therapy on ulcer recurrence in the United States been overstated: a meta-analysis of rigorously designed trials. American Journal of gastroenterology 1998,93(9), 1409-1415.	<b>MA</b>
5. Buring S M, Winner L H, Hatton R C, Doering P L. Discontinuation rates of Helicobacter pylori treatment regimens: a meta-analysis. Pharmacotherapy 1999; 19(3): 324-332.	<b>MA</b>
6. Moore R A. Helicobacter pylori and peptic ulcer: a systematic review of effectiveness and an overview of the economic benefits of implementing what is known to be effective Oxford: Pain Relief Research Unit 1995: VII:7.	<b>RS</b>
7. Veldhuyzen van Zanten S J O, Sherman P M. Indications for treatment of helicobacter pylori infection: a systematic overview Canadian Medical Association Journal 1994; 150(2):189-198.	<b>RS</b>
8. Craig A-M, Davey P, Malek M, Murray F. Decision analysis of Helicobacter pylori eradication therapy using omeprazole with either clarithromycin or amoxicillin. Pharmacoeconomics 1996;10(1):79-92.	<b>RS</b>
9. Taylor J L, Zagari M, Murphy K, Freston J W. Pharmacoeconomic comparison of treatments for the eradication of helicobacter pylori. Archives of Internal Medicine 1997;157:87-97.	<b>RS</b>
10. Veldhuyzen van Zanten S J O, Sherman P M. Indications for treatment of helicobacter pylori infection: a systematic overview. Canadian Medical Association Journal 1994, 150(2), 189-198.	<b>RS</b>
11. Greenberg P D, Koch J, Cello J P. Clinical utility and cost effectiveness of helicobacter pylori testing for patients with duodenal and gastric ulcers. American Journal of Gastroenterology 1996;91(2):228-232.	<b>ACE</b>
12. Treiber G, Lambert J R. The impact of helicobacter pylori eradication on peptic ulcer healing. American Journal of Gastroenterology 1998, 93(7), 1080-1084.	<b>ACE</b>
13. Guidelines for clinical trials in Helicobacter pylori infection. Working Party of the European Helicobacter Study Group. Gut. Sept. 1997.	<b>C</b>
14. Sainz R, Borda F, Dominguez E, et al. Conferencia española de consenso sobre la infección por <i>Helicobacter Pylori</i> . Rev Esp Enferm Digest 1999;91:777	<b>C</b>

## Enfermedad por reflujo gastroesofágico

1. Kenneth R, DeVault, Donald O.Cadstell, and The Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology Updated Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease.The American Journal of Gastroenterology. June 1999. Volume 94, Number 6. Pages 1434-1442.	<b>GPC</b>
2. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre ERGE. Manejo del paciente con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Guía de práctica clínica. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2001. Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica en Enfermedades Digestivas, desde la Atención Primaria a la especializada:1	<b>GPC</b>
3. American Society For Gastrointestinal Endoscopy. The role of endoscopy in the management of GERD: guidelines for clinical application. From the ASGE. American Society for Gastrointestinal Endoscopy. Gastrointest. Endosc. 1999; 49(6): 834-883. Medline.	<b>GPC</b>
4. Dent J, Brun J, Fendrick A M, Fennery MB, Janssens J, Kahrilas Pletal. An evidence-based appraisal of reflux disease management-the General Workshop Report. Gut 1999; 44 (supl.2):S1-S16.	<b>GPC</b>
5. Bardhan KD, Muller-Lissner S, Bigard MA, Porro GB, Ponce J, Hosie el al. Symptomatic gastro-oesophageal reflux disease: double blind controlled study of intermittent treatment with Omeprazol or ranitidine. BMJ 1999; 318 (7.182):502-507.	<b>ECC</b>
6. Ours TM, Kavurn MS, Schilz RJ, Rithter JE. A Prospective evaluation of esophageal testing and a double-bind, randomized study of omeprazole in diagnostic and therapeutic adgorithm for chronic cough. Am J Gastroenterol 1999; 94 (11) 3131-3138.	<b>ECC</b>
7. El-Serag HB, Lee P, Buchner A, Inadomi JM, Gavin M, Mclarthy y Dm. Lansoprazole treatment of patients with chronic idiopathic lanjugitis: a placebo-controlled trial. Am J Gastroenterol 2001;96 (4): 979-983. Medline.	<b>ECC</b>
8. Gesan LB, Robbins AS, Garber A, Hornbeuger J, Triadarfilopoulos G.A cost-effectiveness analysis of prescribing strategies in the management of gastroesophageal reflux disease. Am J Gastroenterol 2000; 95 (2): 395-407. Medline.	<b>ACE</b>
9. Younes Z. Johnson DA. Diagnostic evaluation in gastroesophageal reflux disease. Gastroenterol Clin North. Am 1999; 28 (4): 809-830 Medline.	<b>R</b>
10. Klauser AG, Schindlbeck NE, Muller-Lissner SA. Symtoms in gastro- Oesophageal reflux disease. Lancet 1990; 335:205-208 Medline	<b>R</b>
11. Savary M, Miller G. The esophagus. Handbook and atlas of endoscopy. Suiza: Verlag Gassman, 1978; 135-142.	<b>R</b>
12. Lundell L R, Dent J. Bennett J, Blum A L, Armstrong D, Galmiche JP et al. Endoscopies assessment of esophagitis. Clínica and functional correlates and further validation of the Angeles classification. Gut 1999; 45 (2): 172-180. Medline.	<b>VPD</b>
13. Van Herwaarden M A, Smout A J. Diagnosis of reflux disease. Baillieres Best Pract Res Clin Gastroenterol 2000; 14 (5) 759-774 Medline.	<b>R</b>
13. Anónimo. Systematic review of PPI and H2A in GORD. Bandolier, 1997. <a href="http://www.jr2.ox.ac.uk/Bandolier/bandopubs/gordf/gord.htm">http://www.jr2.ox.ac.uk/Bandolier/bandopubs/gordf/gord.htm</a>	<b>RS</b>
14. Schindlbeck NE, Klauser AG, Voderholzer WA, Musler-Lissner SA. Empiric therapy for gastroesophageal reflux disease. Arch. Intern Med 1995; 156 (16): 1802-1812. Medline.	<b>R</b>
15. Meining A, Classen M. The role of diet and lifestyle measures in the pathogenesis and treatment of gastroesophageal reflux disease. Am J Gastroenterol 2000; 95(10):2692-2697. Medline.	<b>R</b>

## Dispepsia y gastropatía por AINEs

1. Koch m, Dezi A, Ferrario F, Capurso L. Prevention of nonsteroidal anti-inflammatory drug-induced gastrointestinal mucosal injury. A meta-analysis of randomized controlled clinical trials. <i>Arch Inter Med</i> 1996; 156: 2321-32	<b>MA</b>
2. Hawkey CJ. Progress in prophylaxis against nonsteroidal anti-inflammatory drug-associated ulcers and erosions. Omeprazole NSAID Steering Committee. <i>Am J Med</i> 1998 Mar 30;104(3A):67S-74S; discussion 79S-80S-	<b>MA</b>
3. Ekstrom P, Carling L, Wetterhus S, Wingren PE, Anker-Hansen O, Lundegardh G, Thorhallsson E, Unge P. Prevention of peptic ulcer and dyspeptic symptoms with omeprazole in patients receiving continuous non-steroidal anti-inflammatory drug therapy. A Nordic multicentre study. <i>Scand J Gastroenterol</i> 1996 Aug;31(8):753-8	<b>MA</b>
4. Antithrombotic trialist' (ATT) collaboration. Prevention of death, myocardial infarction, and stroke by antiplatelet therapy: collaborative meta-analysis of 266 trials involving 200.000 patients at risk of occlusive vascular events. <i>BMJ</i> (in press)	<b>MA</b>
5. Hawkey C, Laine L, Simon T. Comparison of the effect of rofecoxib (a cyclooxygenase 2 inhibitor), ibuprofen and placebo on the mucosa of patients with osteoarthritis. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. <i>Arthritis Rheum</i> 2000;43:370-377	<b>ECC</b>
6. Hawkey CJ, Tulassay Z, Szczepanski L, van Rensburg CJ, Filipowicz-Sosnowska A, Lanas A et al Randomised controlled trial of Helicobacter pylori eradication in patients on non-steroidal anti-inflammatory drugs: HELP NSALIDs study. <i>Lancet</i> 1998; 352: 1016-1021	<b>ECC</b>
7. Silverstein FE, Graham DY, Senior JR, Davies HW, Strathers BJ, Bittman RM, Geis GS. Misoprostol reduces serious gastrointestinal complications in patients with rheumatoid arthritis receiving nonsteroidal antiinflammatory drugs. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. <i>Ann Intern Med</i> 1995; 123:241-9	<b>ECC</b>
8. Raskin JB, White RH, Jaszewski R, Korsten MA, Schubert TT, Fort JG. Misoprostol and ranitidine in the prevention of NSAID-induced ulcers: a prospective, double-blind, multicenter study. <i>Am J Gastroenterol</i> 1996;91:223-227.	<b>ECC</b>
9. Silverstein F, Faich G, Goldstein JL, et al. Gastrointestinal toxicity with celecoxib vs nonsteroidal anti-inflammatory drugs for osteoarthritis and rheumatoid arthritis. The CLASS study: a randomized controlled trial. <i>JAMA</i> 2000; 284:1247-1255	<b>ECC</b>
10. Cohen de Lara A, Gompel H, Valiente R. Dos estudios comparativos entre dosmalfato y misoprostol en la prevención de la úlcera gástrica por AINE en pacientes reumáticos. <i>Drugs Today</i> 2000; 36 (Supl 2): 75-81	<b>ECC</b>
11. Whelton A. Renal aspects of treatment with conventional nonsteroidal anti-inflammatory drugs versus cyclooxygenase-2 specific inhibitors. <i>Am J Med</i> 2001;110:Suppl 1:33-42	<b>ECC</b>
12. Chan FK, To KF, Wu JCY et al. Eradication of Helicobacter pylori and risk of peptic ulcers in patients starting long-term treatment with non-steroidal anti-inflammatory drugs: a randomised trial. <i>Lancet</i> 2002;359:9-13	<b>ECC</b>
13. Cullen D, Bardhan KD, Eisner M, Kogut DG, Peacock RA, Thomson JM, Hawkey CJ. Primary gastroduodenal prophylaxis with omeprazole for non-steroidal anti-inflammatory drug users. <i>Aliment Pharmacol Ther</i> 1998; Feb;12(2):135-40	<b>ECC</b>
14. Hawkey CJ, Karrasch JA, Szczepanski L, Walker DG, Barkun A, Swannell AJ, Yeomans ND. Omeprazole compared with misoprostol for ulcers associated with nonsteroidal antiinflammatory drugs. Omeprazole versus Misoprostol for NSAID-induced Ulcer Management (OMNIUM) Study Group. <i>N Engl J Med</i> 1998 Mar 12;338(11):727-34	<b>ECC</b>

15. Yeomans ND, Tulassay Z, Juhasz L, Racz I, Howard JM, van Rensburg CJ et al. A comparison of omeprazole with ranitidine for ulcers associated with nonsteroidal antiinflammatory drugs. Acid Suppression Trial: Ranitidine versus Omeprazole for NSAID-associated Ulcer Treatment (ASTRONAUT) Study Group. N Engl J Med. 1998 Mar 12; 338 (11): 719- 26	<b>ECC</b>
16. Chan FK, Chung SCS, Suen BY et al. Preventing recurrent upper gastrointestinal bleeding in patients with <i>Helicobacter pylori</i> infection who are taking low-dose aspirin or naproxen. N Engl J Med 2001;344:967-73	<b>ECC</b>
17. Jüni P, Rutjes AWS and Dieppe PA. Are selective COX-2 inhibitors superior to traditional non steroidal anti-inflammatory drugs?. BMJ 2002;324:1287-8	<b>ECC</b>
18. Chan FK, Sung JY, Suen R et al. Does eradication of H.Pylori impair healing of nonsteroidal anti-inflammatory drug associated bleeding peptic ulcers? A prospective randomized study?. Aliment Pharmacol Ther 1998;12:1201-1205	<b>ECC</b>
19. Mukherjee D, Nissen SE and Topol EJ. Risk of cardiovascular events associated with selective COX-2 inhibitors. JAMA 2001;286:954-959	
20. Goldstein JL. Who needs prophylaxis of non-steroidal anti-inflammatory drug-induced ulcers and what is optimal prophylaxis? Eur J Gastroenterol Hepatol 2000 Jun;12 Suppl 1:S11-5	<b>R</b>
21. Vargas E, Cabrera L, Morón A, et al. Complicaciones gastrointestinales severas potencialmente relacionadas con el consumo de antiinflamatorios no esteroideos: coste del tratamiento hospitalario para el Sistema Nacional de Salud en nuestro país. An Med Interna (Madrid) 2001;18:564-568	<b>R</b>
22. Scheiman JM.Preventing NSAID Toxicity to the Upper Gastrointestinal Tract. Curr Treat Options Gastroenterol 1999 Jun;2(3):205-213	<b>R</b>
23. Hawkey CJ. Non-steroidal anti-inflammatory drug gastropathy. Gastroenterology 2000 Aug;119(2):521-35.	<b>R</b>
24. Arment PW, Childers RS. Prophylaxis and treatment of NSAID-induced gastropathy. Am Fam Physician 1997 Mar;55(4):1323-6, 1331-2	<b>R</b>
25. Lanás A. Efectos secundarios gastrointestinales por antiinflamatorios no esteroideos y costes en el Sistema Nacional de Salud. An Med Interna (Madrid) 2001;18:561-563	<b>ACE</b>
26. Prieto Yerro, C; Vargas Castrillón,E. Problemas de uso de los antiinflamatorios no esteroideos /AINE) en pacientes con patología crónica asociada. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. Vol. 24- N.º 4-2000. <a href="http://www.msc.es/farmacia/infmedic">http://www.msc.es/farmacia/infmedic</a>	<b>R</b>

### Dispepsia en la embarazada

1. Winbery SL. et al. Dyspepsia in pregnancy. Obstet Gynecol Clin North Am, 2001, jun; 28 (2): 333-50	<b>R</b>
2. Adams S. et al. Understanding indigestion and GORD. Prof care mother child 1999; 9 (6): 143-146.	<b>R</b>
3. Uzam M. et al. Uzam S, Sureau G, Richard-Barthe. Heartburn and regurgitation in pregnancy. Efficacy and innocuousness of treatment with Gaviscon suspension. Rev Fr Gynecol Obstet 1988 Jul-sep; 83 (7-9): 569-72.	<b>R</b>
4. Sasaki A. et al. Use of peripheral dopamine antagonist (Motilium) in the treatment of dyspeptic complaints of different origin and nausea, vomiting. Ther Hung 1989; 37 (3): 172-5	<b>R</b>
5. Howden CW. et al. Treatment of common minor ailments. Br Med J (Clin Res Ed) 1986 Dec 13 ; 293 (6561): 1549-50.	<b>R</b>



