

DISPEPSIA FUNCIONAL Y SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

Documento práctico para el Médico de Familia

Grupo de Trabajo de Digestivo y de Fitoterapia de SEMERGEN

Noelia Fontanillas Garmilla.

Médico de familia, CS de Bezana, Santander (Cantabria).

Coordinadora Grupo de Trabajo de Digestivo SEMERGEN

Mercedes Ricote Belinchón.

Médico de familia, CS de Mar Báltico, Madrid.

Miembro Grupo de Trabajo de Digestivo SEMERGEN

Inés Rivera Panizo.

Médico de familia, CS de Los Gladiolos, Santa Cruz de Tenerife.

Miembro Grupo de Trabajo de Digestivo SEMERGEN

Francisco Marín Jiménez.

Médico de familia, CAP Disset de Setembre, El Prat de Llobregat (Barcelona).

Coordinador Grupo de Trabajo de Fitoterapia SEMERGEN



DISPEPSIA FUNCIONAL Y SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

Documento práctico para el Médico de Familia

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
DISPEPSIA FUNCIONAL	2
SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE	7
FITOTERAPIA EN DISPEPSIA FUNCIONAL Y SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE	11
PUNTOS CLAVE	12
BIBLIOGRAFÍA	

Título: DISPEPSIA FUNCIONAL Y SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE Documento práctico para el Médico de Familia

© Copyright: SEMERGEN

ISBN: 978-84-19546-75-3

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida ni transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias o las grabaciones en cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin el permiso escrito de los titulares del copyright y de los titulares de los derechos patrimoniales y morales de la obra, entendiendo ésta como los textos y material gráfico soporte de los textos.

Edita: Canal Estrategia Editorial S.L.

INTRODUCCIÓN

Los **trastornos digestivos funcionales (TDF)** son enfermedades crónicas en las que el paciente refiere sintomatología gastrointestinal y las pruebas complementarias, analíticas o radiológicas son normales. Suelen cursar alternando periodos sintomáticos con asintomáticos.

Esto hace que el diagnóstico tenga que ser **clínico**, por lo que es preciso que el médico que ve pacientes con estas enfermedades necesite una clasificación con criterios diagnósticos basados en la clínica.

Nacen así los criterios de Roma I, cuando en esta ciudad en 1992 se reunieron un grupo de gastroenterólogos expertos a nivel mundial en trastornos funcionales. Esta clasificación inicial se ha ido mejorando hasta el año 2016, en que se publicaron los **criterios de Roma IV**, clasificación actualmente vigente y que ha facilitado a los médicos poder diagnosticar de forma más segura a nuestros pacientes.

Algunas de estas enfermedades tienen una gran prevalencia en la población. Entre ellas, las que más diagnosticamos y tratamos los médicos de familia son la **dispepsia funcional** y el **síndrome de intestino irritable**.

Es importante que conozcamos la importancia del eje cerebro-intestinal junto con los factores implicados en su fisiopatología, el abordaje diagnóstico y todas las herramientas terapéuticas con las que contamos. Esto nos ayudará a entender ambas enfermedades, ya que el término funcional, en muchas ocasiones, lleva a estigmatizar a pacientes y dolencias, a pesar de que son enfermedades crónicas con gran pérdida de calidad de vida, que generan incertidumbre y frustración por parte de médicos y pacientes.

Con este manual pretendemos poner nuestro granito de arena en el abordaje de los pacientes con dispepsia funcional y síndrome de intestino irritable, explicar herramientas diagnósticas y terapéuticas, con algoritmos de actuación sencillos, prácticos y siempre basados en la evidencia, que nos permitan sentirnos cómodos y seguros, disfrutando de este gran reto que suponen los TDF.

Desde el Grupo de Trabajo de Digestivo y de Fitoterapia de SEMERGEN, esperamos que sea vuestro manual de cabecera para el abordaje de los pacientes con dispepsia funcional y síndrome de intestino irritable.

DISPEPSIA FUNCIONAL

Definición

La **dispepsia funcional (DF)** es un trastorno digestivo funcional producido por **alteraciones en la interacción intestino-cerebro**. Su prevalencia en países occidentales es del 10 al 40%, siendo del 5 al 30% en Asia.¹

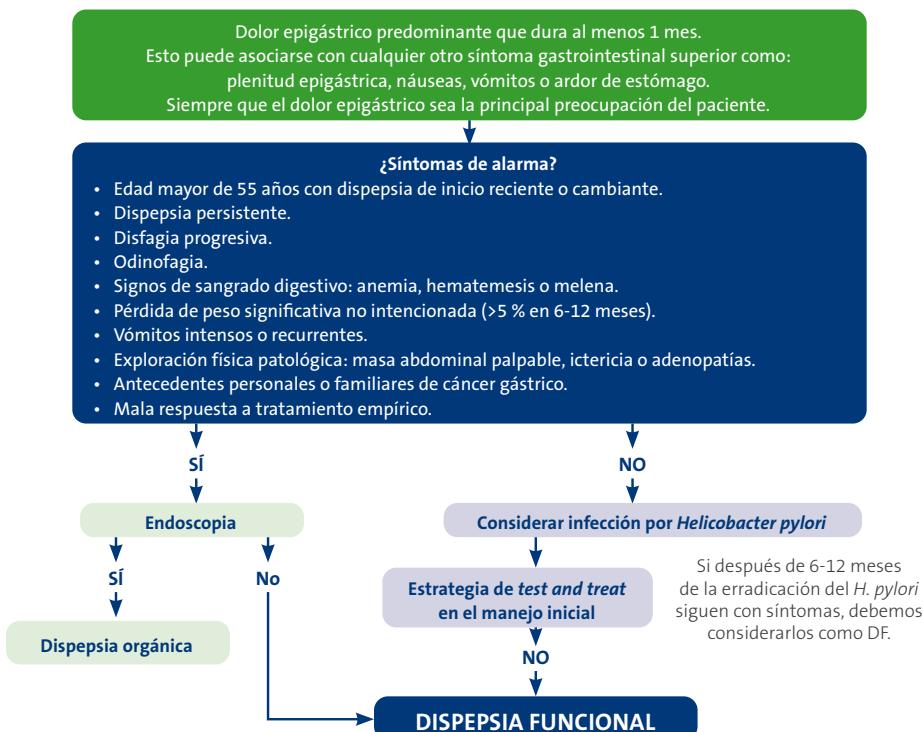
La DF se caracteriza por **dolor o malestar abdominal superior crónico o recurrente, sin alteraciones estructurales en el tracto gastrointestinal**; pero con una **afectación importante de la calidad de vida**.

Los **síntomas** de la DF pueden ser causados por la alteración de la motilidad gástrica (acomodación fúnica inadecuada o retraso en el vaciado gástrico), hipersensibilidad gástrica (hipersensibilidad a los gases y distensión abdominal) e inflamación gástrica y duodenal.

Diagnóstico

Para el **diagnóstico** de DF, (*Figura 1*) primero debemos descartar si la dispepsia es secundaria a una enfermedad estructural o bioquímica, por causas digestivas (como la enfermedad por reflujo gastroesofágico, gastroparesia, etc.) o extradigestivas (producida por medicamentos o alteraciones metabólicas como hipotiroidismo).

Figura 1. Abordaje diagnóstico/ criterios Roma IV.



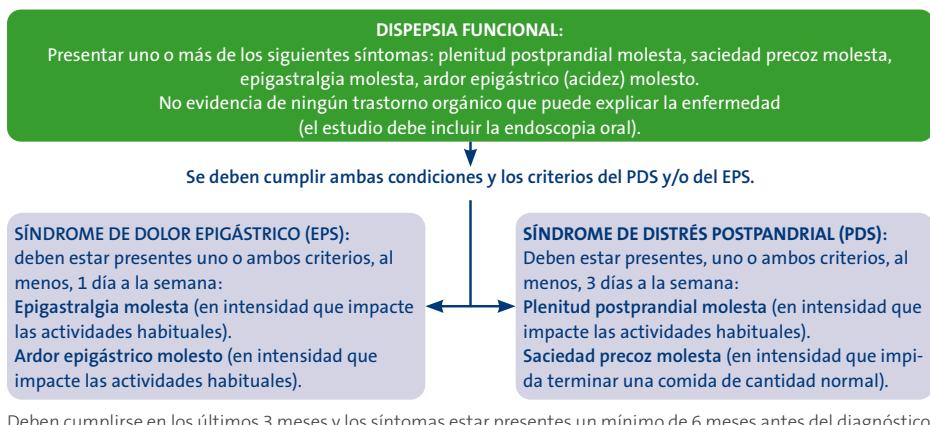
Elaboración propia, adaptada de Wauters L, et al. (2021)²

Aclaraciones:²

- **La endoscopia es obligatoria para establecer un diagnóstico firme de DF; sin embargo, en Atención Primaria, los pacientes sin síntomas de alarma ni factores de riesgo pueden ser tratados sin endoscopia.**
- **A todo paciente con síntomas dispépticos se le debe realizar una prueba de detección de *Helicobacter pylori* (de forma no invasiva o mediante gastroscopia) y se le debe tratar en caso de ser positiva. Estos pacientes, si después de 6-12 meses de la erradicación del *H. pylori* siguen con síntomas, debemos considerarlos como DF.**

Para realizar el diagnóstico de DF tenemos que evaluar si cumple los criterios Roma IV: (Figura 2)

Figura 2. Criterios de Roma IV para la dispepsia funcional.



Deben cumplirse en los últimos 3 meses y los síntomas estar presentes un mínimo de 6 meses antes del diagnóstico.

Adaptada de Stanghellini V, et al. (2016)³

Algunas consideraciones:³

- El dolor puede ser inducido por la ingestión de una comida, aliviado por la ingestión de una comida o puede ocurrir durante el ayuno.
- También pueden presentarse distensión epigástrica posprandial, eructos y náuseas.
- Los vómitos persistentes sugieren otro trastorno.
- La acidez de estómago no es un síntoma dispéptico, pero a menudo puede coexistir.
- El dolor no cumple los criterios de dolor biliar.
- Los síntomas que se alivian con la evacuación de heces o gases generalmente no deben considerarse parte de la dispepsia.
- Otros síntomas digestivos (como los de la enfermedad por reflujo gastroesofágico y el síndrome del intestino irritable) pueden coexistir con el síndrome de dolor epigástrico.

Abordaje terapéutico (Figura 3)

Figura 3. Abordaje terapéutico.



Elaboración propia, adaptada de Grilo Bensusan I (2023)⁷

1. MEDIDAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS¹

El escalón inicial para la dispepsia funcional es la educación y el conocimiento del paciente de su patología.

Las recomendaciones dietéticas incluyen comer comidas más pequeñas y frecuentes, evitar la ingesta de ultraprocesados, los alimentos grasos y picantes, las bebidas carbonatadas, los alimentos con alto contenido de ácido cítrico, los antiinflamatorios (AINEs), el café, el alcohol y el tabaco.

2. ERRADICACIÓN DEL *H. pylori*:⁴

Se recomienda la erradicación de *H. pylori* como terapia de primera línea en pacientes con DF infectados. Cuando la erradicación es efectiva, los beneficios sintomáticos se verán después de los 6 meses del tratamiento.

3. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:⁴

La **terapia supresora de ácido** redujo los síntomas en un 30-70% de los pacientes, con mayor beneficio en los pacientes con síndrome de dolor epigástrico (EPS), siendo los inhibidores de la bomba de protones (IBP) de primera línea en el tratamiento empírico.

Los **agentes procinéticos** presentan una eficacia variable, con una tasa de respuesta del 59-81% para los antagonistas de los receptores de dopamina.

Los síntomas refractarios se abordan con **neuromoduladores**, presentando una reducción de los síntomas en el 27-71% de los pacientes.

Entre los **agentes herbales**, el aceite de menta redujo los síntomas entre un 66% y un 91%, el rikkunshito entre un 29-34% y el STW5 entre un 20-95%. Por otro lado, un medicamento compuesto de la combinación de aceite de menta y alcaravea (Menthacarin), recientemente comercializado en España, ha demostrado su eficacia para el control de los síntomas de la dispepsia funcional a través de un metaanálisis reciente, lo que podría convertirlo en una alternativa a los IBPs en aquellos pacientes que prefieran una alternativa de origen natural^{5,6}.

Es escasa la investigación sobre la eficacia de la acupuntura, la terapia cognitivo-conductual y la hipnoterapia.

Figura 4. Alternativas terapéuticas a los inhibidores de bomba de protones en la patología funcional esófago-gástrica.

Mecanismo de acción	Fármacos	Dosis	Aclaraciones
Inhibidores de la secreción ácida: IBP	Omeprazol Pantoprazol Lansoprazol Rabeprazol Esomeprazol	10-20-40 mg vo 20-40 mg vo 15-30 mg vo 10-20 mg vo 10-20-40 mg vo	Más efectivo en el subtipo de dolor epigástrico. No parece haber una respuesta a la dosis, por lo que se debe utilizar la dosis más baja que controle los síntomas.
Inhibidores de la secreción ácida: Anti H2	Famotidina	20 mg/12h	Alternativa válida a los IBP.
Procinéticos	Levosulpirida	25 mg antes de las comidas (D,A,C)	Mayor probabilidad de respuesta sintomática.
	Cinitaprida	1 mg antes de las comidas (D,A,C)	Alivio sintomático rápido, casos leves.
	Cleboprida	0,5 mg antes de las comidas (D,A,C)	Tratamiento sintomático.
Fitoterapia	Aceite de menta piperita-WS 1340 y alcara-vea-WS 1520 (Menthacarin)	1 cápsula (90 mg/ 50 mg) dos veces al día	La combinación a dosis fijas, demostrando una mejoría de la distensión abdominal y del dolor epigástrico.
	STW5	20 gotas con las comidas	9 plantas diferentes que provocan una relajación del fundus y una mayor contractilidad antral.
	Rikkunshito	No comercializado en España	
Neuromoduladores	Amitriptilina Mirtazapina	10-25 mg/ 24h 15-30 mg/ 24h Dosis nocturnas	Con un NNT de 6 en el tratamiento con antidepresivos tricíclicos en la DF.
Antibióticos	Rifaximina	400 mg/ 12 h/ 14 días	Un solo estudio. Resultados favorables, sobre todo en mujeres. Se requieren más estudios.
Probióticos	Probióticos	No hay cepas definidas	Un reciente metaanálisis sugerir un efecto beneficioso de los probióticos en la DF.

IBP: inhibidores de la bomba de protones; vo: vía oral; D, A, C: desayuno, almuerzo, cena; NNT: número necesario a tratar

Adaptada de Grilo Bensusan I (2023)⁷

Criterios de derivación

Derivaremos a los pacientes con DF a:⁸

■ **Gastroenterología:**

- Cuando hay dudas diagnósticas.
- Cuando los síntomas son graves o refractarios a los tratamientos.
- Cuando el paciente individual solicita la opinión de un especialista.

■ **Psiquiatría:**

- Cuando DF grave o refractaria que presenta pérdida de peso y restricción alimentaria para detectar trastornos alimentarios, incluido el trastorno por evitación restrictiva de la ingesta de alimentos (ARFID).

■ **Dietista:**

- Cuando DF grave o refractaria para evitar una dieta demasiado restrictiva.

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

Definición

El **síndrome de intestino irritable (SII)** constituye un **trastorno funcional gastrointestinal** (sin anomalías estructurales o bioquímicas) que se caracteriza por presentar **dolor abdominal recurrente**, asociado a alteraciones en el ritmo deposicional como diarrea, estreñimiento o una alternancia entre ambos. A menudo, acompañado de síntomas adicionales como hinchazón o distensión abdominal.

Su etiología es multifactorial, postulándose que diversos factores como la dieta, el estrés, alteraciones de la microbiota intestinal y la sensibilidad visceral, interactúan en su patogénesis. Su prevalencia es del 5-15% de la población mundial, con mayor incidencia en mujeres.⁹

Diagnóstico

El **diagnóstico** del SII es clínico y se basa en el cumplimiento de los **criterios de Roma IV**, (*Figura 5*) permitiendo establecer el diagnóstico cuando no existen datos de alarma ni factores de riesgo (*ver signos de alarma en Figura 8*).⁹

Figura 5. Criterios de Roma IV para el diagnóstico del síndrome de intestino irritable.



Deben cumplirse en los últimos 3 meses y los síntomas estar presentes un mínimo de 6 meses antes del diagnóstico.

Elaboración propia, adaptada de Stanghellini V, et al. (2016)⁹

Es una patología crónica cuyo curso clínico alterna períodos asintomáticos con sintomáticos. Las manifestaciones clínicas típicas son:

- **Dolor abdominal:** síntoma clave, si no está presente se descarta el diagnóstico de SII. Suele ser de tipo cólico o constante, de localización variable y su intensidad se modifica con la defecación o las ventosidades.
- **Hinchazón o distensión abdominal:** suele aumentar durante el día y tras la ingesta.
- **Diarrea:** suele ser diurna, predominantemente matutina o postprandial, en ocasiones se acompaña de urgencia defecatoria.
- **estreñimiento:** deposiciones infrecuentes, heces duras, sensación de evacuación incompleta, esfuerzo defecatorio, sensación de obstrucción o necesidad de ayuda manual.
- **Moco:** acompañando las deposiciones (no se considera un signo de alarma).

Pueden aparecer **otros síntomas digestivos** (dispepsia, pirosis) o acompañarse de síntomas extraintestinales (cefalea, insomnio, ansiedad, depresión...).

Los subtipos del SII se establecen de acuerdo a la consistencia de las heces según la escala de Bristol (*Figuras 6, 7*):

Figura 6. Escala de Bristol.

Tipo 1		Heces en bolas duras y separadas.
Tipo 2		Heces con forma alargada con relieve, como bolas unidas.
Tipo 3		Heces con forma alargada con grietas.
Tipo 4		Heces con forma alargada, lisa y blanda.
Tipo 5		Heces blandas a trozos separados con bordes definidos.
Tipo 6		Heces blandas y a trozos separados o con bordes pegados.
Tipo 7		Heces líquidas.

Elaboración propia con programa Biorender.

Figura 7. Tipos de SII según consistencia de las heces por escala de Bristol.

Elaboración propia, adaptada de Sebastián Domingo JJ (2017)¹⁰

En cuanto a las pruebas complementarias, aparecen descritas en la **Figura 8**:

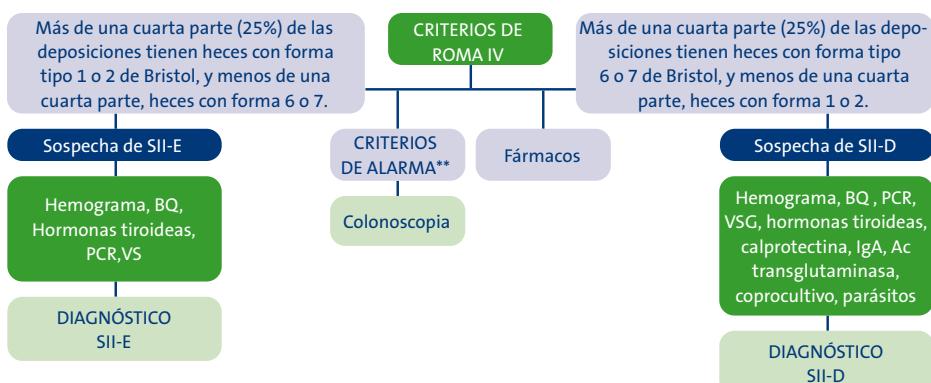
Figura 8. Algoritmo diagnóstico del SII.

Figura 8. Algoritmo diagnóstico del SII. (Continuación)

Aclaraciones:

- En la exploración física es importante realizar un tacto rectal adecuado, valorando el tono esfínteriano (a veces se puede confundir incontinencia con diarrea), la presencia de hemorroides o fisuras y los restos de heces para comprobar sus características.
- Debemos tener en cuenta que un 15 % de los pacientes sin datos de alarma pueden tener una enfermedad orgánica de base, sobre todo en el SII-D. Esto se vería reflejado en el agravamiento de los síntomas y que la colonoscopia se reserva para casos con datos de alarma, agravamiento de los síntomas o falta de respuesta al tratamiento.
- **Criterios de alarma: Edad ≥ 50 años, cambio reciente en hábito deposicional, sangrado rectal en ausencia de hemorroides/ fisuras, pérdida de peso no intencionada, síntomas nocturnos, fiebre, síntomas severos/ se agravan con el tiempo, historia de colecistectomía, resección de íleon terminal, antecedentes familiares (AF) de cáncer colorrectal, AF de enfermedad inflamatoria intestinal, masa abdominal palpable o inflamación de ganglios linfáticos, anemia.

BQ: bioquímica; PCR: proteína C reactiva; VSG: velocidad de sedimentación globular; Ig A: inmunoglobulina A.

Adaptado de Sebastián Domingo JJ (2017)⁹

Abordaje terapéutico y criterios de derivación¹¹⁻¹³

El objetivo del tratamiento es **reducir la frecuencia y la gravedad de los síntomas**, así como **mejorar la calidad de vida** de los pacientes. El abordaje terapéutico aparece recogido en las **Figuras 9 y 10**.

Figura 9. Opciones de tratamiento en el SII.



Adeuada ingesta hidrática, reducción del estrés, ejercicio físico, dieta rica en fibra. Se recomienda realizar un diario de alimentos para reconocer qué alimentos empeoran los síntomas.

Aclaraciones: La **dieta exenta de FODMAP** (monosacáridos, disacáridos, oligosacáridos y polioles), carbohidratos mal absorbidos en el intestino cuya fermentación por las bacterias intestinales produce gas, conllevoando distensión abdominal, dolor, meteorismo y diarrea, ha demostrado una pequeña ventaja en eficacia comparado con las recomendaciones de la guía NICE (evitar comidas copiosas, horario regular de las comidas, reducir ingesta de grasa, fibra insoluble, cafeína y alimentos productores de gas) que debido a la falta de adherencia, la restricción nutricional y el desconocimiento de su efecto a largo plazo sobre la microbiota intestinal **no se recomiendan de forma general como medida inicial**, aunque sí podría usarse en algunos pacientes con dificultades en su tratamiento.

Fármacos para SII-D

- **Loperamida:** ralentiza el tránsito intestinal, mejora la diarrea, aunque no el dolor.
- **Colestiramina:** se utiliza debido a la alta prevalencia de malabsorción de ácidos biliares en estos pacientes, ya que su mecanismo de acción es la absorción de las sales biliares evitando la estimulación de la motilidad colónica.
- **Antagonistas 5-HT3 (alosetrón):** en casos graves de SII-D que no hayan respondido a otros tratamientos.

Fármacos para SII-E

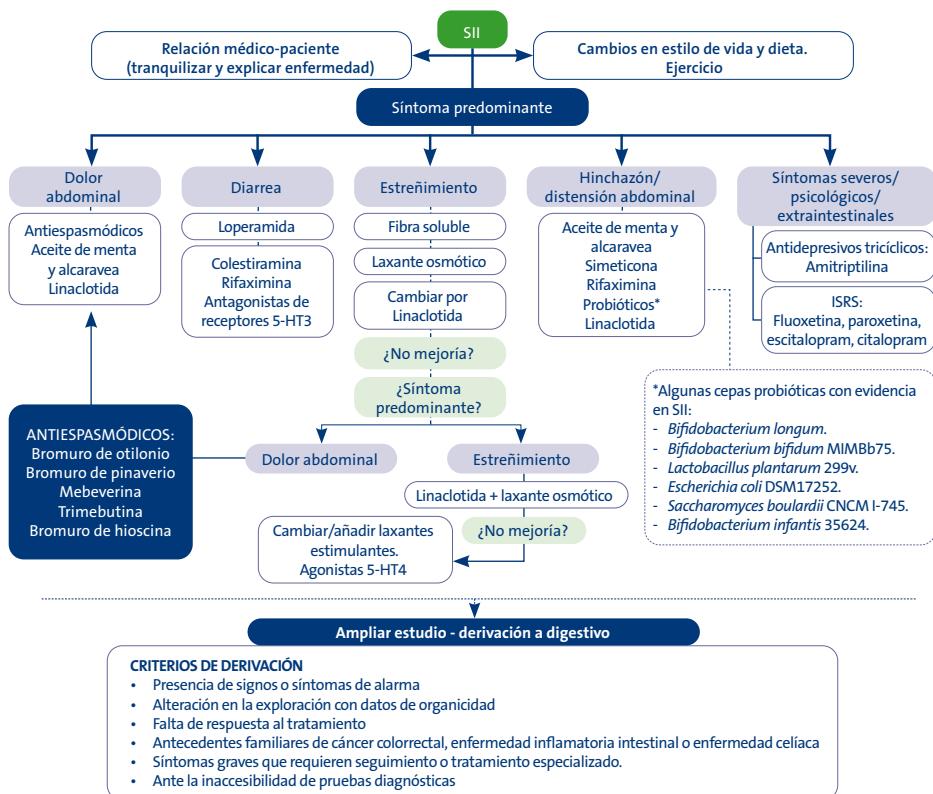
- **Fibra soluble (ispaghula):** es beneficiosa para el estreñimiento, pero puede incrementar el dolor abdominal, la distensión y el meteorismo.
- **Laxantes:** mejoran el estreñimiento, pero no el dolor o la distensión. Son preferibles los laxantes osmóticos, siendo el polietilenglicol más eficaz que la lactulosa, pudiendo administrarse durante largos períodos con seguridad. Los laxantes estimulantes tienen como efecto adverso la distensión abdominal, el dolor y diarrea, por lo que se deben emplear con precaución.
- **Secretagogos (linaclotida):** aceleran el tránsito y disminuyen la sensibilidad visceral. Mejoran el estreñimiento, el dolor y la distensión. Se utilizan cuando han fracasado la fibra, los laxantes y/o espasmolíticos, y/o cuando existe contraindicación a ellos.

Figura 9. Opciones de tratamiento en el SII. (Continuación)**Dolor, distensión abdominal y flatulencia**

- **Aceite de menta y de alcaravea:** mejora el dolor abdominal, la flatulencia y borborigmos.
- **Espasmolíticos:** inhiben la motilidad intestinal, mejoran el dolor y la distensión abdominal. Se deben evitar dosis altas de anticolinérgicos en SII-E por sus efectos secundarios (retención urinaria, estreñimiento).
- **Probióticos:** Algunas cepas probióticas pueden mejorar algún síntoma del SII como el dolor, la distensión abdominal y la flatulencia, aunque no el estreñimiento, pero se desconoce su efecto a largo plazo.
- **Rifaximina:** se basa en la hipótesis del sobrecrecimiento bacteriano en el SII, mejora la distensión abdominal. Sólo en casos muy determinados.
- **Antidepresivos:** Se usan cuando los síntomas son graves y no hay respuesta satisfactoria. Tanto los ISRS como los ATC mejoran el dolor y la distensión abdominal. Los ISRS están más indicados para SII-E cuando se asocia a síntomas depresivos, y los ATC dado que empeoran el estreñimiento son los más eficaces en SII-D.
- **Tratamiento psicológico:** La terapia cognitiva ha mostrado eficacia para la mejoría de los síntomas del SII y la calidad de vida, pero no respecto al estreñimiento. Dada la escasa disponibilidad se recomienda en pacientes graves que no responden a tratamientos.

SII: síndrome de intestino irritable; SII-D: SII con predominio diarrea; SII-E: SII con predominio estreñimiento; ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; ATC: antidepresivos tricíclicos.

Elaboración propia, adaptada de Chang L, et al. (2022)¹¹

Figura 10. Algoritmo terapéutico del SII y criterios de derivación

FITOTERAPIA EN DISPEPSIA FUNCIONAL Y SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

Conceptos/ introducción^{14,15}

- **Complemento alimenticio a base de plantas.** Producto destinado a potenciar alguna función concreta en la persona sana. No es, por tanto, un medicamento, y por ende en su prospecto no han de incluirse indicaciones de salud (sí alegaciones previamente aprobadas).
- **Medicamento a base de plantas.** Producto que cumple, tanto en composición como en finalidad de uso, alguna de las indicaciones validadas por la EMA (Agencia Europea de Medicamentos) y/o ESCOP (*European Scientific Cooperative on Phytotherapy*). Como medicamento que es, puede incluir en su prospecto alguna indicación de salud. Está destinado a la persona enferma.

Dentro del concepto medicamento, en el mundo del medicamento de origen vegetal, existen dos categorías:

- **MTP o medicamento tradicional a base de plantas.** Requiere de su utilización segura y eficaz en algún país de la Unión Europea durante, al menos, 15 años.
- **Medicamento de uso bien establecido.** Las exigencias no difieren de las que se aplican a los medicamentos de síntesis en cuanto a estudios de eficacia y seguridad (ECAs), de la mayor categoría posible (idealmente, ECAs bien realizados).

A nivel regulatorio, **la EMA es quien decide qué es medicamento y qué es complemento alimenticio.**

En Fitoterapia, la **ESCOPE** reúne en su seno las diferentes asociaciones estatales expertas en fitoterapia de los países miembros (en nuestro caso, la SEFIT o Sociedad Española de Fitoterapia). Son muy conocidas sus monografías de drogas vegetales, tanto por la minuciosidad a la hora de elaborarlas, como por la exigencia a la hora de catalogar una droga vegetal en cada una de las categorías existentes: complemento alimenticio, medicamento de uso tradicional o medicamento de uso bien establecido. De facto, su aval acaba siendo casi tan válido (aunque no regulatoriamente) como el de la EMA.

Dispepsia funcional y síndrome de intestino irritable^{5,6,16,17}

- **AE menta piperita** (*Mentha x piperita L*): presenta la categoría máxima por parte de la EMA (esto es, “uso bien establecido”) para los trastornos gastrointestinales funcionales. El aceite de menta piperita tiene un efecto analgésico por la activación de los receptores de frío (TRPM8) que bloquea la transmisión del dolor; y espasmolítico por la inhibición de los canales del calcio en el músculo liso.
- **AE Alcaravea** (*Carum carvi L*): reduce la tensión superficial en el intestino, disminuyendo la formación de gas con un efecto positivo sobre la microbiota intestinal a través de la inhibición del crecimiento de patógenos en el intestino.
- **Menthacarin:** combinación de aceite de menta piperita (WS 1340) + aceite de alcaravea (WS 1520) a dosis fija. Presenta:
 - Un efecto sinérgico aditivo en la reducción de la hipersensibilidad visceral, mejorando la distensión abdominal y del dolor epigástrico frente a placebo.
 - Mejora significativamente la calidad de vida en estos pacientes.

- Tiene efectos de tratamiento clínicamente relevantes sobre el dolor abdominal, la hinchazón y/o la sensación de plenitud.

La combinación de aceite de menta y alcaravea ha demostrado ser segura y tolerable con un perfil de seguridad favorable en el uso a corto y largo plazo, lo que es muy adecuado para la naturaleza crónica y recurrente de este problema de salud.

Por tanto, es una **opción de tratamiento eficaz, segura y bien tolerada para los trastornos gastrointestinales funcionales** y presenta una opción terapéutica valiosa y bien establecida en la Atención Primaria.

PUNTOS CLAVE

- Los trastornos de la interacción intestino-cerebro son trastornos gastrointestinales funcionales frecuentes en las consultas de Atención Primaria y de Gastroenterología. Se asocian a una morbilidad significativa, una disminución de la calidad de vida y un mayor uso de los recursos sanitarios.
- Una historia detallada y un examen físico completo son componentes clave de la evaluación inicial de un paciente. Se deben excluir la existencia de síntomas de alarma y/o señales de alerta, ya que esto sugiere una causa orgánica o estructural subyacente.
- Las opciones de tratamiento incluyen farmacoterapia e intervenciones no farmacológicas y se basan en el síntoma predominante del paciente y la respuesta a tratamientos anteriores.
- La fitoterapia es una opción de tratamiento eficaz, segura y bien tolerada para estos trastornos gastrointestinales funcionales y presenta una opción terapéutica valiosa y bien establecida en la Atención Primaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Oshima T. Functional dyspepsia: Current understanding and future perspective. *Digestion*. 2024;105(1):26-33.
2. Wauters L, Dickman R, Drug V, Mulak A, Serra J, Enck P, et al. United European Gastroenterology (UEG) and European Society for Neurogastroenterology and Motility (ESNM) consensus on functional dyspepsia. *United European Gastroenterol J*. 2021;9(3):307-331.
3. Stanghellini V, Chan FK, Hasler WL, Malagelada JR, Suzuki H, Tack J, et al. Gastroduodenal disorders. *Gastroenterology*. 2016;150(6):1380-1392.
4. Masuy I, Van Oudenhove L, Tack J. Review article: Treatment options for functional dyspepsia. *Aliment Pharmacol Ther*. 2019;49(9):1134-1172.
5. Báez G, Vargas C, Arancibia M, Papuzinski C, Franco JV. Non-Chinese herbal medicines for functional dyspepsia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023;6(6):CD013323.
6. Madisch A, Frieling T, Zimmermann A, Hollenz M, Labenz J, Stracke B, et al. MenthaCarin, a proprietary peppermint oil and caraway oil combination, improves multiple complaints in patients with functional gastrointestinal disorders: A systematic review and meta-analysis. *Dig Dis*. 2023;41(3):522-532.
7. Grilo Bensusan I. Alternatives to proton pump inhibitors for the treatment of gastroesophageal reflux disease and functional dyspepsia. *RAPD Online*. 2023;46(3):132-144.
8. Black CJ, Paine PA, Agrawal A, Aziz I, Eugenicos MP, Houghton LA, et al. British Society of Gastroenterology guidelines on the management of functional dyspepsia. *Gut*. 2022;71(9):1697-1723.
9. Sebastián Domingo JJ. Irritable bowel syndrome. *Med Clin (Barc)*. 2022;158(2):76-81.
10. Sebastián Domingo JJ. The new Rome criteria (IV) of functional digestive disorders in clinical practice. *Med Clin (Barc)*. 2017;148(10):464-468.
11. Chang L, Sultan S, Lembo A, Verne GN, Smalley W, Heidelbaugh JJ. AGA clinical practice guideline on the pharmacological management of irritable bowel syndrome with constipation. *Gastroenterology*. 2022;163(1):118-136.
12. Lembo A, Sultan S, Chang L, Heidelbaugh JJ, Smalley W, Verne GN. AGA clinical practice guideline on the pharmacological management of irritable bowel syndrome with diarrhea. *Gastroenterology*. 2022;163(1):137-151.
13. Vasant DH, Paine PA, Black CJ, Houghton LA, Everitt HA, Corsetti M, et al. British Society of Gastroenterology guidelines on the management of irritable bowel syndrome. *Gut*. 2021;70(7):1214-1240.
14. Portada. [Internet]. Fitoterapia.net; 2024. [Citado 09 sep 2024]. Disponible en: <https://www.fitoterapia.net/>
15. Vanaclocha B, Cañiguer S (Ed). *Fitoterapia, vademécum de prescripción*. 5^a Ed. Barcelona: Elsevier; 2019.
16. Rich G, Shah A, Koloski N, Funk P, Stracke B, Köhler S, et al. A randomized placebo-controlled trial on the effects of MenthaCarin, a proprietary peppermint- and caraway-oil-preparation, on symptoms and quality of life in patients with functional dyspepsia. *Neurogastroenterol Motil*. 2017;29(11):1-9.
17. Storr M, Stracke B. MenthaCarin for long-term treatment of functional dyspepsia - Results from a clinical trial follow-up. *Z Gastroenterol*. 2023;61(3):257-267.

