

Artículo especial

Enfermedad por reflujo gastroesofágico y calidad de vida

Fermín Mearin

Servicio de Aparato Digestivo. Centro Médico Teknon. Barcelona. España.

CALIDAD DE VIDA

El término calidad de vida (CV) se utiliza actualmente de manera habitual. Su significado se comprende de manera intuitiva y el deseo de mejorar la CV es algo consustancial al ser humano. Sin embargo, la aparición del concepto como tal, y la preocupación por su evaluación sistemática y científica, es relativamente reciente. Sólo desde hace 50 años este término comenzó a popularizarse, hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general.

En un primer momento, la expresión CV aparece en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana. Posteriormente se aplica con la intención de evaluar el bienestar humano y las consecuencias de la industrialización de la sociedad. Así, se desarrollan indicadores que permiten medir esta realidad a través de datos objetivos y hechos vinculados al bienestar social de una población. Ulteriormente, a las referencias objetivas (de tipo económico y social) se añadieron otros elementos de carácter subjetivo. La expresión comienza a definirse como concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida con un enfoque multidimensional que hace referencia tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivos. Parece ser que la consolidación definitiva y científica de este término está ligada a los inicios de la publicación *Social Indicators Research* en 1974, y que a partir de aquí se dispara la difusión teórica, metodológica e investigadora sobre la CV.

Durante muchos años ha habido una falta de consenso so-

bre la definición del constructo CV y su evaluación. Históricamente, se han producido dos aproximaciones básicas: la que lo concibe como una entidad unitaria y la que lo considera un constructo compuesto por una serie de dominios. En la figura 1 se esquematizan las diferentes conceptualizaciones mediante las que se define la CV: la calidad de las condiciones de vida de una persona; como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales; como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, CV definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto con la satisfacción que ésta experimenta, y como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales¹.

La investigación sobre la CV es importante porque puede ser aplicable a la mejora de una sociedad como la nuestra, sometida a constantes transformaciones sociales, políticas, tecnológicas y económicas. No obstante, la verdadera utilidad del concepto se percibe sobre todo en los servicios humanos, inmersos en una *quality revolution* que propugna la planificación centrada en la persona y la adopción de un modelo de apoyos y de técnicas de mejora de la calidad. En este sentido, el concepto puede utilizarse para una serie de propósitos, incluida la evaluación de las necesidades de las personas y sus niveles de satisfacción, la evaluación de los resultados de los programas y servicios humanos, la dirección y la guía en la provisión de estos servicios, y la formulación de políticas nacionales e internacionales dirigidas a la población general y a otras más específicas, como la población enferma o con discapacidades.

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

En las ciencias de la salud, los avances de la medicina han posibilitado prolongar notablemente la vida, generan-

Correspondencia: F. Mearin.
Servicio de Aparato Digestivo.
Centro Médico Teknon.
Vilana, 12. 08022 Barcelona. España.
Correo electrónico: fmearinm@meditex.es

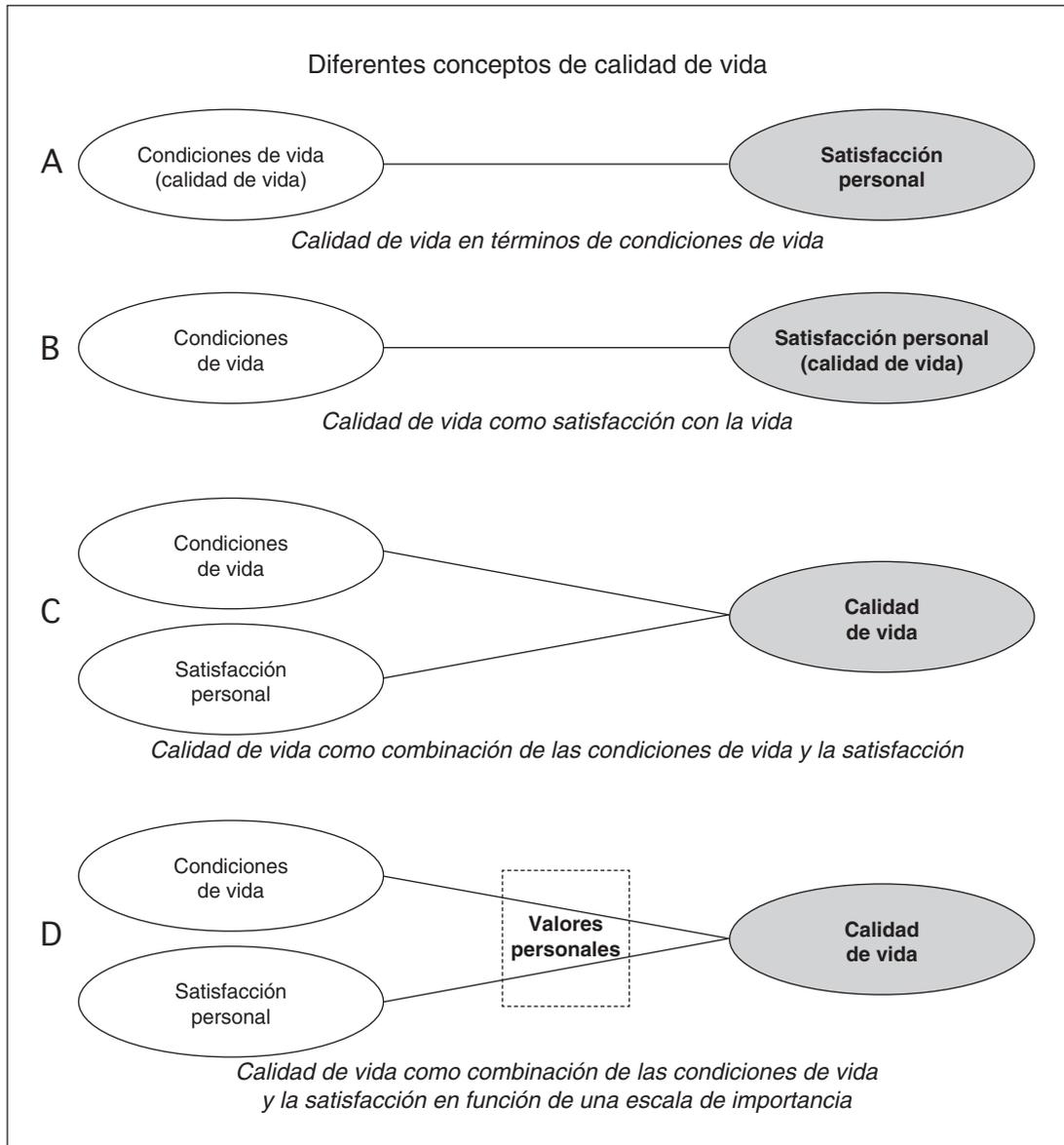


Fig. 1. A) La calidad de las condiciones de vida de una persona. B) Como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales. C) Como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, calidad de vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto con la satisfacción que ésta experimenta. D) Como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

do un incremento importante de las enfermedades crónicas. Ello ha llevado a resaltar un término nuevo: calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

Según la Organización Mundial de la Salud, la CV es «la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno».

A su vez, una de las primeras definiciones y más conocidas de CVRS fue la propuesta por Calman, como «la diferencia en un período de tiempo específico entre las esperanzas y expectativas del individuo y las experiencias reales»². Posteriormente, Schumaker afirmaba que «la CVRS se preocupa por los aspectos relacionados con la percepción de la salud experimentada y declarada por el paciente, particularmente en las dimensiones física, mental, social y la percepción general de la salud»³. Otros autores han definido la CVRS como «el efecto funcional de una enfermedad y su consiguiente terapia sobre un paciente, tal como es percibido por el paciente»⁴. Numero-

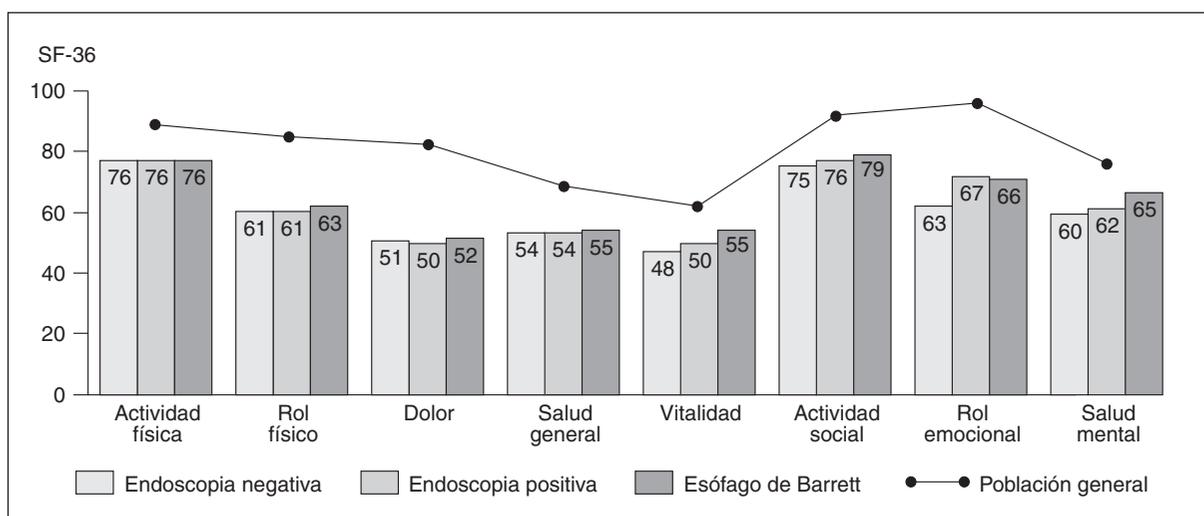


Fig. 2. La calidad de vida está alterada en la enfermedad por reflujo gastroesofágico, y de igual manera en los pacientes que tienen o no esofagitis, o en los que presentan esófago de Barrett. (Tomado de Kulig M et al¹⁸.)

Los trabajos de investigación científica emplean hoy el concepto como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad o de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social⁵.

En la actualidad, la CVRS es, sin duda, una medida fundamental del impacto de los cuidados médicos. Hay una opinión prácticamente unánime de los profesionales de la salud de que las variables médicas tradicionales de resultado son insuficientes para mostrar una visión apropiada del efecto de la atención e intervención sanitarias. Las tradicionales medidas de mortalidad/morbilidad están dando paso a esta nueva manera de valorar los resultados de las intervenciones, comparando unas con otras, y en esta línea, la meta de la atención en salud se está orientando no sólo a la eliminación de la enfermedad, sino fundamentalmente a la mejora de la CV del paciente.

IMPORTANCIA DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es, sin duda, una enfermedad importante. Y lo es por diferentes motivos: es muy frecuente, en algunos casos pueden aparecer complicaciones y, como se explica más adelante, altera la CV de forma considerable.

La prevalencia de ERGE (definida como la presencia de pirosis y/o regurgitación) en Estados Unidos (19,8-20%) y Europa (9,8-18%) es similar, y algo inferior en los países del sur de Europa⁶. En los países asiáticos la prevalencia es menor (2,5-4,8%)⁶. En España se realizó un estudio mediante encuesta telefónica a una muestra representativa de la población general de 40-79 años de edad, en el que la prevalencia semanal estimada de síntomas fue del 9,8%⁷. Otro estudio de nuestro entorno, realizado en población general adulta, estimó una prevalencia de

ERGE algo más elevada (síntomas al menos 2 veces por semana) del 15%⁸. En lo que se refiere a la prevalencia de esofagitis en la población general se dispone de pocos estudios pero también parece ser considerable. En una muestra de 1.000 personas de entre 20 y 81 años de edad, procedentes de dos municipios de Suecia, a las que se les realizó una endoscopia, el 40% refirió síntomas de ERGE y el 15,5% presentaba esofagitis⁹.

En cuanto a la importancia de la ERGE, hay que destacar que una revisión sistemática ha puesto de manifiesto que su prevalencia se ha incrementado en las dos últimas décadas, y que ello podría contribuir en el futuro a un incremento de las complicaciones asociadas con esta enfermedad¹⁰.

ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO Y CALIDAD DE VIDA

Cada vez más, la eficacia del tratamiento no se valora tan sólo por su capacidad en curar un determinado aspecto objetivo de la enfermedad (cicatrización de las úlceras, desaparición de la inflamación en la colitis ulcerosa, normalización de las transaminasas en la hepatitis crónica, etc.), sino que también se ha de considerar el bienestar global del paciente, en lo que se refiere a la CV. Este tipo de evaluación también ha sido aplicado en la ERGE^{11,12}.

Las limitaciones de la valoración sintomática de la ERGE se ponen de manifiesto al comprobar que hay una mala correlación entre las opiniones del paciente y el médico en cuanto a la frecuencia y la gravedad de los síntomas principales¹³. Pero el hecho es que los pacientes con ERGE no tratada tienen una CV inferior a la población general e incluso a otras enfermedades consideradas más graves. Los pacientes con ERGE tienen afectadas tanto aspectos físicos como emocionales, viendo limitadas sus actividades sociales¹⁴. La ERGE afecta a muchas de las actividades cotidianas y, consecuentemente, a la CV. En

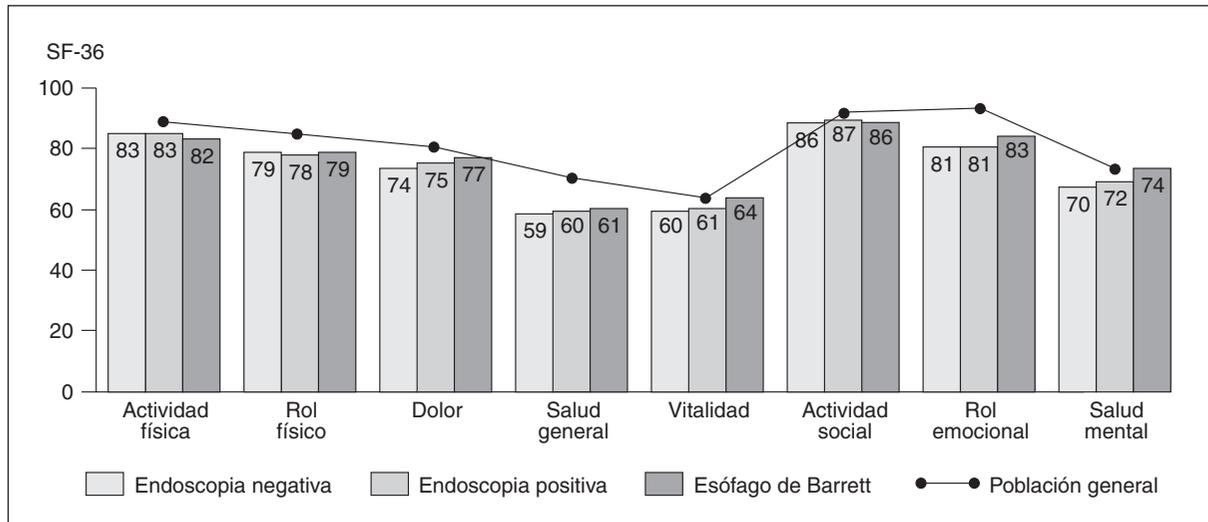


Fig. 3. El tratamiento con un inhibidor de la bomba de protones (en este caso Nexium®) prácticamente normaliza la calidad de vida de igual manera en los pacientes que tienen o no esofagitis, o en los que presentan esófago de Barrett. (Tomado de Kulig M et al¹⁸.)

un estudio realizado en Estados Unidos en más de 100.000 personas con síntomas de ERGE se comprobó que un 60% tenían alteraciones del sueño y que en el 40% la pirosis les dificultaba concentrarse en su trabajo¹⁵. La repercusión de la ERGE sobre el sueño, el descanso y las actividades laborales y domésticas ha sido confirmada por otros estudios^{16,17}. También Kulig et al¹⁸ comprobaron mediante dos cuestionarios de CVRS, uno no específico (SF-36) y otro más específico (QUALRAD), que todos los dominios estaban alteados en pacientes con ERGE y síntomas frecuentes, y que la repercusión podía llegar a ser semejante a la producida por la diabetes mellitus o el cáncer. Otros estudios han revelado resultados semejantes en los que la CVRS de los pacientes con ERGE está afectada de una forma igual o mayor que en otras enfermedades, como la hipertensión arterial, el asma, la artritis o la depresión^{14,19}.

Un aspecto especialmente interesante es que, aplicando diferentes tipos de pruebas de valoración de CV, se ha podido comprobar que no hay diferencias entre los pacientes con o sin lesiones endoscópicas²⁰. De tal forma, el impacto de la ERGE sobre la CV no se relaciona con la presencia o ausencia de esofagitis ni con la intensidad de ésta, en caso de estar presente. De hecho, hay datos consistentes de que la repercusión sobre la CV es mayor en los casos de ERGE no erosiva que de ERGE erosiva, en especial en lo que se refiere al distrés emocional y a la falta de vitalidad¹⁹. Es más, a pesar de lo que podría pensarse, la CVRS no es peor en los pacientes con ERGE y esófago de Barrett que en los que no tienen esófago de Barrett²¹.

enfermedad se trata de manera adecuada¹⁸. Así, en lo que se refiere al tratamiento medicamentoso, hay una correlación directa entre la potencia de inhibición de la secreción de ácido gástrico y la capacidad de mejorar la CVRS de los diferentes fármacos^{19,21}. En los estudios realizados en pacientes con ERGE se demuestra que el tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP) es más eficaz que la ranitidina para conseguir restaurar el índice PGWB a valores similares a los de la población general sana^{22,23}, es decir, consigue que estos pacientes recobren la CV que les había mermado su sintomatología. Si se valoran más específicamente los síntomas digestivos con la escala GSRS, también se concluye en estos estudios que los IBP son más eficaces que la ranitidina para mejorar la puntuación, especialmente en los ítems de reflujo²³.

Controlar las recidivas sintomáticas en estos pacientes se asocia también al mantenimiento de un óptimo nivel de CV. Así, se ha constatado que el tratamiento con IBP de forma continuada se acompaña del mantenimiento de la CV medida por el índice PGWB, y del control de los síntomas digestivos relacionados con el reflujo medidos por la escala GSRS²⁴. Cuando el tratamiento se realiza a demanda, también se observa el mantenimiento de estos índices en los pacientes que se encuentran asintomáticos, volviendo a los valores previos al inicio del estudio, cuando presentan recidiva sintomática²⁵.

La cirugía del reflujo gastroesofágico también consigue mejorar la CV de los pacientes con ERGE, en función del logro de la mejoría sintomática y no de la invasividad o no de la intervención (abierto frente a laparoscópica)²⁶.

ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO, TRATAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

La buena noticia es que en la ERGE la CVRS puede mejorarse, e incluso normalizarse por completo, cuando la

BIBLIOGRAFÍA

- Gómez-Vela M, Sabeh EN. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. Disponible en: www.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm 2002

2. Calman V. Definitions and dimensions of quality of life. En: Aaronson N, Bekman JS, editors. The quality of life on cancer patients. New York: Raven Press; 1987.
3. Shumaker S, Naughton M. The international Assessment of Health -Related Quality of Life: a theoretical perspective. En: Shumaker S, Berzon R. editors. The international assessment of health-related quality of life: theory, translation, measurement and analysis. Oxford: Rapid Communications; 1995.
4. Schipper H, Clinch JJ, Olweny CLM. Quality of life studies: Definitions and conceptual issues. En: Spilker B, editor. Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials. 2.^a ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1996. p. 11-23.
5. Badía X. Qué es y cómo se mide la calidad de vida relacionada con la salud. *Gastroenterol Hepatol*. 2004;27 Supl:2-6.
6. Dent J, El-Serag HB, Wallander MA, Johansson S. Epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review. *Gut*. 2005;54:710-7.
7. Díaz-Rubio M, Moreno-Elola-Olaso C, Rey E, Locke GR 3rd, Rodríguez-Artalejo F. Symptoms of gastro-oesophageal reflux: prevalence, severity, duration and associated factors in a Spanish population. *Aliment Pharmacol Ther*. 2004;19:95-105.
8. Ponce J, Vegazo O, Beltran B, Jiménez J, Zapardiel J, Calle D, Piqué JM; Iberge Study Group. Prevalence of gastro-oesophageal reflux disease in Spain and associated factors. *Aliment Pharmacol Ther*. 2006;23:175-84.
9. Ronkainen J, Aro P, Storskrubb T, Johansson SE, Lind T, Bolling-Sternevald E, et al. High prevalence of gastroesophageal reflux symptoms and esophagitis with or without symptoms in the general adult Swedish population: a Kalixanda study report. *Scand J Gastroenterol*. 2005;40:275-85.
10. El-Serag HB. Time trends of gastroesophageal reflux disease: a systematic review. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2007;5:17-26.
11. Lind T, Havelund T, Carlsson R, Eriksson G, Glise H, Junghard O, et al. The effect of omeprazole (OME) 20 mg and 10 mg daily on heartburn in patients with endoscopy negative reflux disease (ERND) treated on an on-demand basis. *Gastroenterology*. 1996;110:178A.
12. Glise H, Wiklund I. Measurement of the impact of heartburn and dyspepsia on quality of life. *Aliment Pharmacol Ther*. 1997;11 Suppl 2:73-7.
13. Wahlgvist P. Symptoms of gastroesophageal reflux disease, perceived productivity, and health-related quality of life. *Am J Gastroenterol*. 2001;96 Suppl 8:57-61.
14. Wiklund I. Quality of life in patients with gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol*. 2001;96 Suppl 8:46-53.
15. National Heartburn Alliance Survey results 2000: a community perspective. Disponible en: www.heartburnalliance.org/survey2000.
16. AGA. Understanding Heartburn in America. Princeton: Gallup Organization for American Gastroenterological Association; 2000.
17. Jasani K, Piterman L, McCall L. Gastroesophageal reflux and quality of life. Patient's knowledge, attitudes and perceptions. *Aust Fam Physician*. 1999;28 Suppl 1:15-8.
18. Kulig M, Leodolter A, Vieth M, Schulte E, Jaspersen D, Labenz J, et al. Quality of life in relation to symptoms in patients with gastro-oesophageal reflux disease: an analysis based on the ProGERD initiative. *Aliment Pharmacol Ther*. 2003;18:767-76.
19. Quigley EM, Hungin AP. Review article: quality-of-life issues in gastro-oesophageal reflux disease. *Aliment Pharmacol Ther*. 2005;22 Suppl 1:41-47.
20. Smout AJPM. Endoscopy-negative acid reflux disease. *Aliment Pharmacol Ther*. 1997;11 Suppl 2: 81-5.
21. Eloubeidi MA, Provenzale D. Health-related quality of life and severity of symptoms in patients with Barrett's esophagus and gastroesophageal reflux disease patients without Barrett's esophagus. *Am J Gastroenterol*. 2000;95:1881-7.
22. Lauritsen K. Management of endoscopy-negative reflux disease: progress with short-term treatment. *Aliment Pharmacol Ther*. 1997;11 Suppl 2:87-92.
23. Wiklund I, Bardhan KD, Müller-Lissner S, Bigard MA, Bianchi Porro G, Ponce J, et al. Quality of life during acute and intermittent treatment of gastro-oesophageal reflux disease with omeprazole compared with ranitidine. Results from a multicentre clinical trial. *Ital J Gastroenterol Hepatol*. 1998;30:19-27.
24. Venables TL, Newland RD, Patel AC, Hole J, Copeman MB, Turbitt ML. Maintenance treatment for gastro-oesophageal reflux disease. A placebo-controlled evaluation of 10 milligrams omeprazole once daily in general practice. *Scand J Gastroenterol*. 1997;32:627-32.
25. Lind T, Havelund T, Pedersen SA, Glise H, Lundell L, Carlsson R, et al. On demand treatment with omeprazole (OME) maintains quality of life (QOL) during long-term follow-up of patients with endoscopy negative reflux disease (ENRD). *Gastroenterology*. 1996;110:178A.
26. Korolija D, Sauerland S, Wood-Dauphinée S, Abbou CC, Eypasch E, Caballero MG, et al; European Association for Endoscopic Surgery. Evaluation of quality of life after laparoscopic surgery: evidence-based guidelines of the European Association for Endoscopic Surgery. *Surg Endosc*. 2004;18:879-97.