

Calidad de vida en los pacientes con dispepsia funcional

M.A. Montoro Huguet y S. Santolaria Piedrafita

Departamento de Medicina y Psiquiatría. Universidad de Zaragoza. Zaragoza. España.
Unidad de Gastroenterología y Hepatología. Hospital de San Jorge. Huesca. España.

INTRODUCCIÓN

La dispepsia funcional (DF) constituye un motivo muy frecuente de consulta médica. Diversas dimensiones relacionadas con la función social, laboral y afectiva del individuo y otras relacionadas con la capacidad física, la calidad del sueño y la propia alimentación pueden verse gravemente deterioradas en este trastorno¹. Todo ello ocasiona un elevado coste para la sociedad, en términos de visitas médicas, pruebas diagnósticas, consumo farmacéutico, absentismo laboral y pérdida de productividad en el puesto de trabajo (preesentismo). La presente revisión resume algunos aspectos relacionados con su fisiopatología, forma de presentación clínica y diagnóstico diferencial, a la vez que recalca la necesidad de disponer de instrumentos fiables de medición de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) para evaluar los resultados clinicoterapéuticos.

DEFINICIÓN

El término «dispepsia funcional» se aplica a los pacientes que, en el curso del año previo, han presentado durante al menos 12 semanas (no necesariamente consecutivas) los siguientes criterios: *a)* síntomas persistentes o recurrentes de dispepsia (dolor o malestar localizado en la parte central del abdomen superior); *b)* ausencia de enfermedad orgánica que pueda explicar la naturaleza de los síntomas (incluye la realización de endoscopia), y *c)* el dolor/malestar del enfermo no debe aliviarse exclusivamente con la defecación ni estar asociado a un cambio reciente en la consistencia y/o frecuencia de las deposiciones². Bajo la denominación de «malestar» quedan incluidos algunos síntomas como plenitud, saciedad precoz o náusea que no alcanzan el rango o la magnitud del dolor. La pirosis, como expresión de enfermedad por reflujo, queda excluida de esta definición si constituye el síntoma predominante. La exclusión de organicidad constituye un criterio diferencial entre la DF y la dispepsia no investigada.

Correspondencia: Dr. M.A. Montoro Huguet.
Pasaje Cruz del Sur, 9, ático B. 22005 Huesca. España.
Correo electrónico: mmontoroh@terra.es

PREVALENCIA

La prevalencia de dispepsia en la población general depende de los criterios utilizados para su definición y el método empleado para recabar la información. La mayoría de los estudios llevados a cabo en diversos países reflejan una prevalencia anual del 25% (8-54%)^{3,4}. Es ligeramente superior en la mujer y disminuye con la edad. En nuestro país la dispepsia representa el 8,2% de las consultas en atención primaria y hasta el 40% de las visitas especializadas⁵. Debe considerarse que sólo el 50% de los enfermos con dispepsia llega a consultar. Las causas guardan relación con la gravedad de los síntomas, el temor a padecer una enfermedad relevante, la edad más avanzada, la ansiedad y el nivel socioeconómico más bajo. La prevalencia de DF puede estimarse de forma indirecta, dado que en el 60% de los enfermos investigados no se detecta organicidad³.

MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS

En la DF se han detectado alteraciones de la motilidad y de la sensibilidad^{6,7}. Las primeras incluyen el retraso en el vaciamiento gástrico del alimento (30-40%), el fallo en los mecanismos de relajación adaptativa del *fundus* tras la ingesta (40%) y la aparición de contracciones fásicas posprandiales en el estómago proximal (15%). Asimismo, se han descrito alteraciones mioeléctricas causantes de hipomotilidad antral (40%) y anomalías en la motilidad antroduodenoyeyunal (22%). Las alteraciones de la sensibilidad incluyen fenómenos de hiperalgesia visceral (percepción incrementada de estímulos fisiológicos) que afectan tanto a mecanorreceptores (hipersensibilidad a la distensión) como a quimiorreceptores (sensibilidad a los nutrientes). Estas alteraciones se han encontrado en el 30-50% de los enfermos e incluyen fenómenos de hipersensibilidad al ácido y un deterioro de su aclaramiento en la zona bulbar. Algunos pacientes presentan manifestaciones de disfunción autonómica y un menor tono vagal eferente^{6,7}.

ETIOPATOGENIA

No se conoce bien la causa de las alteraciones mencionadas. Se han investigado el papel de *Helicobacter pylori*,

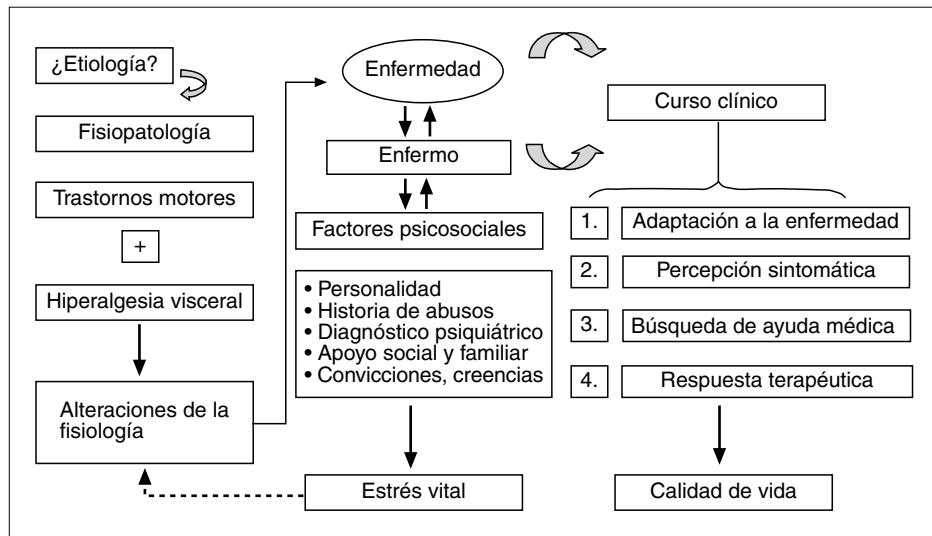


Fig. 1. Implicaciones del modelo biopsicosocial de enfermedad en la dispepsia funcional.

la intervención de factores psicosociales y el concurso de una posible etiología infecciosa⁶. Existen 3 argumentos que inducen a pensar que la infección por *H. pylori* no ejerce un papel determinante en la DF: *a*) la prevalencia de infección por *H. pylori* no es más elevada entre los pacientes con DF⁸; *b*) la infección por *H. pylori* no ejerce una influencia negativa sobre el tiempo de vaciado gástrico ni sobre la percepción visceral^{9,10}, y *c*) la erradicación del *H. pylori* únicamente comporta un modesto beneficio en la historia natural de la DF¹¹. Respecto al papel de los determinantes psicológicos, se ha postulado que el estrés psicológico podría influir en la motilidad, alterar los mecanismos de regulación autónoma y disminuir el umbral de percepción visceral. Sin embargo, a diferencia de las alteraciones fisiopatológicas mencionadas, la frecuencia de rasgos psicopatológicos (ansiedad, depresión, neuroticismo e hipochondriasis) sólo es superior entre la población de dispépticos que buscan ayuda médica para la resolución de sus síntomas¹²⁻¹⁴. A la luz de estos datos, la DF debería contemplarse en el marco de un modelo biopsicosocial. En este contexto, los pacientes con las anomalías fisiopatológicas mencionadas, sin determinantes psicopatológicos y con una buena capacidad de adaptación ante la enfermedad no buscarían atención médica y/o responderían favorablemente a medidas terapéuticas sencillas. El mismo trastorno en un paciente con alteraciones psicosociales relevantes redundaría en síntomas más graves, una búsqueda persistente de ayuda médica y una respuesta menos satisfactoria al tratamiento convencional (fig. 1)¹⁴.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Los síntomas de la DF incluyen dolor en la parte central y superior del abdomen y otros como plenitud posprandial, hinchazón, saciedad precoz, náuseas, vómitos, eructación y sensación de quemazón en el epigastrio. En la figura 2 se muestra la frecuencia de aparición de estos síntomas en una población de 438 pacientes diagnosticados de DF en

un hospital terciario¹⁵. Algunos pacientes con DF presentan, a su vez, síntomas característicos de otros trastornos funcionales del tracto digestivo, incluyendo la pirosis «funcional», el dolor torácico no coronario y el síndrome del intestino irritable⁶. Los pacientes pueden referir síntomas que constituyen la expresión de un trastorno somatomorfo global como migraña, fibromialgia, polaquiuria, dismenorrea y dispareunia¹⁴.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La DF es un diagnóstico que se realiza por exclusión. Por tanto, es necesaria la realización de una endoscopia. Ésta suele indicarse, a menudo, ante la existencia de síntomas de alarma o la presencia de síntomas dispépticos de nueva aparición en un paciente de más de 50-55 años. Cuando la decisión se ha sustentado en estas indicaciones, el diagnóstico de DF será menos probable que si la endoscopia se ha indicado por el temor del enfermo a padecer un cáncer. La endoscopia puede solicitarse desde el ámbito de la atención primaria por otras razones, tales como: *a*) la presencia de una infección por *H. pylori* documentada por un método no invasivo (estrategia *test and scope*); *b*) la falta de respuesta a un tratamiento erradicador empírico (estrategia *test and treat*), y *c*) la refractariedad al tratamiento empírico con fármacos antisecretores o procinéticos en una dispepsia no investigada. Debe subrayarse que, una vez que el paciente es derivado a un ámbito especializado, el gastroenterólogo no puede pasar por alto cualquier otra causa de dispepsia orgánica. Algunas determinaciones analíticas elementales permiten excluir trastornos metabólicos que pueden ser el origen de malestar en el epigastrio, entre ellos la uremia, la hipocalcemia y el hipotiroidismo. La endoscopia permite la toma de biopsias para confirmar la presencia de una infección por *H. pylori* ante la presencia de una úlcera gastroduodenal, así como para descartar algunas enfermedades infiltrativas del estómago como la enfermedad de Crohn, la gastritis eosinofílica o la sarcoidosis, todas ellas causas insospechadas.

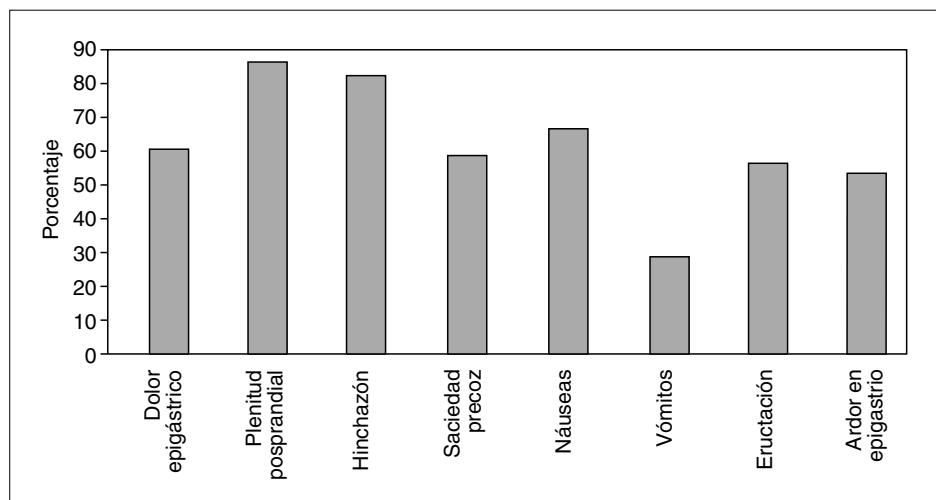


Fig. 2. Frecuencia de síntomas en una serie de 438 pacientes diagnosticados de dispepsia funcional en un hospital terciario. (Tomada de Fischler et al¹⁵.)

chadas y poco frecuentes de dolor en el epigastrio. La presencia de flatulencia o hinchazón podría obedecer a un incremento de la producción de gas en la luz intestinal debido a un déficit de disacaridasas. Se requiere un alto índice de sospecha clínica para considerar la posibilidad de una enfermedad celiaca del adulto en este contexto. Debe subrayarse que estas formas de expresión clínica leve u oligosintomática a menudo se acompañan de pruebas serológicas negativas y que la mucosa duodenal puede mostrar únicamente signos de enteritis linfocítica. En los pacientes con vómitos relevantes puede ser necesario excluir los diagnósticos de gastroparesia o seudoobstrucción intestinal. Finalmente, el carácter posprandial del dolor abdominal con sitofobia y pérdida ponderal obliga a considerar entidades como la pancreatitis crónica, la litiasis biliar o la angina intestinal.

TRATAMIENTO

La DF es una enfermedad de etiología no aclarada y de curso crónico. El objetivo primordial del tratamiento debería ser, por tanto, ayudar al paciente a comprender la naturaleza de su problema, a la vez que aceptar sus síntomas, atenuar su intensidad y lograr con ello una mejor adaptación al trastorno. Todo ello debería redundar en una mejora de su calidad de vida. La pauta de actuación recomendada es la siguiente:

1. Explicar al paciente la naturaleza de su enfermedad. Una vez establecido el diagnóstico, el enfermo debería recibir información acerca de la naturaleza de su enfermedad, incluyendo una explicación sencilla y asumible sobre los mecanismos patogénicos implicados en su desarrollo. En un clima de cordialidad y empatía, el médico debería esforzarse en identificar factores psicosociales que pudieran ser una fuente de ansiedad, depresión o estrés, y recalcar la importancia que éstos pueden tener en la percepción sintomática. En esta fase, el clínico debe transmitir al enfermo la sensación de que sus síntomas no son imaginarios sino reales, pero a la vez ha de subrayar

que una percepción muy negativa sobre ellos puede llegar a ser más seria que el problema en sí mismo. Es interesante proporcionar al paciente información escrita acerca de la naturaleza de su enfermedad, incluyendo algunos consejos dietéticos, como evitar comidas copiosas (especialmente grasas) y prescindir de alimentos que el enfermo percibe como nocivos.

2. Tratamiento farmacológico. Si las medidas propuestas no proporcionan el resultado deseado, se inicia la intervención farmacológica. Idealmente ésta debería ir dirigida al control de los mecanismos fisiopatológicos alterados¹⁵. Los fármacos más utilizados para el control de los síntomas han sido los antisecretores y los procinéticos. Su efectividad ha sido objeto de una revisión sistemática de la Cochrane Library (2003)¹⁶. En ella se concluye que tanto los antagonistas H₂ como los inhibidores de la bomba de protones y los procinéticos son más efectivos que el placebo para obtener la remisión o el alivio de los síntomas. La presunción de que el beneficio terapéutico de los primeros es superior en el subgrupo de pacientes con dolor epigástrico como síntoma dominante (dispepsia tipo ulceroso), y de que los segundos serían más efectivos en el alivio de los síntomas dependientes de un trastorno motor (dispepsia tipo dismotilidad), requiere ser validada por estudios bien diseñados¹⁶. De acuerdo con la guía clínica sobre dispepsia elaborada en nuestro país¹⁷, el enfermo con DF puede recibir tratamiento con fármacos antisecretores por un período corto de 4 semanas de duración. Si la respuesta ha sido satisfactoria, el tratamiento podría repetirse en caso de recidiva. Si la respuesta no es satisfactoria, el fármaco podría sustituirse o complementarse con un procinético. En la tabla I se resumen otras opciones farmacológicas basadas en los mecanismos fisiopatológicos postulados⁶.

*3. Erradicación de *H. pylori*.* Los metaanálisis que han evaluado el beneficio que comporta la erradicación del *H. pylori* en la DF concluyen que es modesto, con una reducción relativa del riesgo del 9% (intervalo de confianza del 95%, 4-14%)¹⁷. Es posible que un pequeño subgrupo de pacientes pueda beneficiarse de esta terapia. Si el paciente ha sido refractario a otras medidas, la decisión de

TABLA I. Opciones farmacológicas propuestas para el tratamiento de la dispepsia funcional refractaria al tratamiento empírico con antisecretores (anti-H₂, inhibidores de la bomba de protones) y/o procinéticos (metoclopramida, domperidona, cilepridina, cinitaprida)⁶

<i>Fármacos que relajan el fundus gástrico</i>	
Cisaprida*	Agonista de los receptores de 5-HT ₄
Tegaserod*	Agonista parcial de los receptores de 5-HT ₄
Sumatriptán*	Agonista de los receptores de 5-HT _{1D}
Buspirona	Agonista parcial de los receptores de 5-HT _{1A}
Sildenafil*	Donador de óxido nítrico
<i>Fármacos que modulan la sensibilidad visceral</i>	
Octreótido	Análogo sintético de la somatostatina
Alosetrón*	Antagonista de los receptores de 5-HT ₃
Desloxioglumida*	Antagonista de los receptores de la colecistocinina
Fedotozina*	Agonista receptores de los receptores κ opioides
<i>Fármacos con acción mixta</i>	
Clonidina*	Agonista de los receptores α ₂
<i>Analgesia central</i>	
Mianserina	Antidepresivo tricíclico
Paroxetina	Inhibidor de la recaptación de serotonina
<i>Estimulantes de la motilidad</i>	
Eritromicina	Antibiótico macrólido
ABT-229*	Agonista de los receptores de la motilina

*No disponible.

erradicar debería consultarse con el propio enfermo, sopesando con honestidad las posibilidades reales de éxito y los riesgos de la terapia (efectos adversos, resistencias y proliferación de *Clostridium difficile*)¹⁸.

4. Intervención psicológica. Los enfermos que no responden al tratamiento farmacológico pueden beneficiarse de un tratamiento psicológico cuando se identifican determinantes que interaccionan con el umbral de percepción¹⁵. Según los resultados de una revisión sistemática¹⁹, la psicoterapia dinámica, cognitivo-conductual y/o la relajación son más efectivas que el placebo en el control de los síntomas a corto y largo plazo. La hipnoterapia ha demostrado su efectividad en el manejo de la DF refractaria²⁰ y es capaz de mejorar la CVRS, reducir el consumo de fármacos y el número de consultas.

CALIDAD DE VIDA EN LA DISPEPSIA FUNCIONAL

Durante largo tiempo los síntomas propios del paciente dispéptico (p. ej., el dolor) han centrado toda la atención del clínico, sin que se considerara el impacto que podían tener sobre otras dimensiones de la persona. El nuevo modelo biopsicosocial contempla la enfermedad y al enfermo como el producto de una interacción entre la dolencia padecida y la idiosincrasia del individuo. Sobre éste inciden numerosas variables que incluyen el propio estrés vital, un determinado apoyo familiar o afectivo, influencias étnicas o culturales (creencias, convicciones), una personalidad concreta e incluso un diagnóstico psiquiátrico (ansiedad, depresión, neuroticismo, hipocondriasis). Todas estas variables influyen en el curso evolutivo de la enfermedad y contribuyen a explicar, en gran medida, la heterogeneidad en el modo de expresión clínica. Es importante subrayar la importancia de este modelo para entender por qué 2 perso-

nas con un mismo diagnóstico manifiestan diferentes sentimientos acerca de su salud. Esta visión pluridimensional ha obligado a desarrollar nuevas herramientas para mensurar no solamente la gravedad de los síntomas, sino su repercusión sobre la percepción global de la salud.

Impacto de la dispepsia funcional sobre la calidad de vida

En el año 1995 Talley y Weaver¹ publicaron los primeros datos acerca del impacto de la DF sobre la CVRS. Utilizaron para ello el Medical Outcomes Survey (SF-36), un cuestionario genérico especialmente diseñado para la evaluación de resultados médicos, que cumplimentaron 73 pacientes con DF y 658 controles con enfermedades orgánicas. Los primeros obtuvieron peores resultados en las dimensiones relacionadas con la salud mental, función social y percepción global de la salud, así como un mayor número de interrupciones en las actividades diarias debido a los síntomas. Este estudio permitió subrayar que el impacto de una enfermedad gastrointestinal funcional sobre la CVRS puede llegar a ser mayor que el de algunas enfermedades orgánicas. Los cuestionarios genéricos tienen la desventaja de estar integrados por una gran cantidad de ítems, muchos de los cuales pueden ser irrelevantes para una enfermedad concreta, y además resultan poco sensibles para evaluar cambios en el estado clínico de pacientes con un enfermedad específica. Por este motivo, en los últimos años se han desarrollado cuestionarios específicos que permiten soslayar, en gran medida, ambos inconvenientes²¹. Deben diferenciarse 3 tipos de medidas: a) escalas que permiten evaluar primordialmente la intensidad o gravedad de los síntomas; b) cuestionarios que miden el impacto de la dispepsia sobre la calidad de vida propiamente dicha, y c) sistemas que permiten valorar la influencia de los síntomas sobre el bienestar psicológico.

Sistemas que evalúan primordialmente la gravedad de los síntomas

Se trata de instrumentos cuya función primordial es evaluar la intensidad de los síntomas. Por tanto, su utilidad fundamental es ponderar los resultados de una determinada intervención terapéutica en términos de alivio sintomático. Se han desarrollado varias escalas de este tipo (tabla II). La escala Severity of Dyspepsia Assessment (SODA), diseñada en Houston²², consta de 17 ítems agrupados en 3 dimensiones o dominios que permiten evaluar la intensidad del dolor (6 ítems), la intensidad de otros síntomas dispépticos no relacionados con el dolor y el modo en que éstos influyen en las actividades diarias (7 ítems), y el grado de satisfacción del paciente en relación con la dispepsia (4 ítems). Todas las escalas evalúan el estado del paciente en los 7 días que preceden a la entrega del cuestionario, lo que permite reproducir fielmente su estado clínico en el momento de la evaluación. El cuestionario es cumplimentado por el propio paciente y su diseño permite evaluar por separado las 2 dimensiones que definen la dispepsia según los crite-

TABLA II. Propiedades psicométricas de los instrumentos específicos para evaluar calidad de vida en la dispepsia

Instrumental	Fiabilidad		Validez tipo	Datos disponibles sobre su sensibilidad al cambio (referencia de la bibliografía)
	Tipo	Media		
SODA	Consistencia interna	$\alpha = 0,74-0,93$	Convergente Discriminante	Referencia 22
DSSI	Consistencia interna	$\alpha = 0,84-0,89$	Convergente Discriminante	Referencia 23
HKDI ^a	Consistencia interna Test-retest	$\alpha = 0,82-0,90$ $r = 0,89$	Convergente Discriminante	Referencia en el texto
LDQ ^b	Consistencia interna Test-retest	$\alpha = 0,90$ $r = 0,83$	Convergente Discriminante	Referencia en el texto
NDI	Test-retest	$r = 0,85-0,94$	Discriminante	Referencia 24
GDSS ^c	Consistencia interna	$\alpha = 0,85-0,95$	Convergente	Referencia 25
QQLRAD	Consistencia interna	$\alpha = 0,97$	Convergente Discriminante	Referencia 21
FDDQL	Consistencia interna	$\alpha = 0,94$	Discriminante	Referencia 21
DHSI	Consistencia interna	$\alpha > 0,50-0,70$	Concurrente Convergente Discriminante	Referencia 21
DRHS ^c	Consistencia interna Test-retest	$\alpha = 0,92$ $r = 0,95$	Convergente Discriminante	Referencia 26
DQ	Consistencia interna Test-retest	$\alpha = 0,72$ $r = 0,69$	Convergente Discriminante	Referencia 27

^aÍndice de Dispepsia de Hong-Kong (véase texto); ^bÍndice de Dispepsia de Leeds (véase texto); ^cquestionario validado en lengua española.

rios de Roma II (dolor y/o malestar). Su mayor inconveniente es la complejidad en el sistema de conversión de las puntuaciones emitidas, al ser analizadas por el médico. El Dyspepsia Symptom Severity Index (DSSI) no evalúa ningún aspecto relacionado con la calidad de vida propiamente dicha. Sin embargo, proporciona una información más precisa acerca de los síntomas y su gravedad. El cuestionario, desarrollado y validado en Bethesda (Maryland) por Leidy et al²³, consta de 20 ítems agrupados en 3 dominios (síntomas tipo dismotilidad, tipo reflujo y tipo ulceroso). Su diseño permite mensurar en una escala de 0 a 4 la práctica totalidad de los síntomas dispépticos, incluyendo su relación prandial. Durante el proceso de validación el DSSI mostró una excelente correlación con los datos proporcionados por un diario de síntomas (variaciones menores de 0,17; $p < 0,01$), y se mostró como una alternativa válida a este sistema de registro. Su consistencia interna y reproducibilidad fueron idóneas para evaluar cambios clínicos significativos a lo largo del tiempo. Se ha recomendado el uso de este estudio para la realización de estudios descriptivos y ensayos clínicos que evalúan la efectividad de nuevas intervenciones terapéuticas²³. Otras escalas que han sido validadas para evaluar la intensidad de los síntomas incluyen el índice de dispepsia de Hong-Kong (Hu et al, *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 2002), integrado por 12 ítems, y el Leeds Dyspepsia Questionnaire (Moayyedi et al, *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, 1998)²⁴. El Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRS), frecuentemente utilizado como medida de la CVRS en diversos estudios clinicoterapéuticos, en realidad sólo explora la frecuencia, duración e intensidad de un conjunto de síntomas gastrointestinales diversos. Sin embargo, carece de la pluridimensionalidad de otras escalas, por lo que hay que ser prudentes a la hora de interpretar estos estudios^{21,25,26}.

Sistemas que evalúan primordialmente el impacto de los síntomas sobre la calidad de vida relacionada con la salud

Este diseño permite explorar la influencia que los síntomas ejercen sobre la CVRS propiamente dicha. Las 2 escalas que mejor cumplen con este objetivo son el Nepean Dyspepsia Index y la Glasgow Dyspepsia Severity Score. La primera fue desarrollada por Talley et al en 1998 y en su elaboración se contó con la opinión de un panel internacional de expertos. La versión actual del Nepean Dyspepsia Index (anexo I)²⁷ consta de 10 ítems agrupados en 5 dominios que permiten evaluar: *a*) la influencia de los síntomas sobre el bienestar emocional; *b*) la interferencia con actividades cotidianas; *c*) la repercusión de los síntomas sobre la alimentación; *d*) la preocupación del enfermo sobre sus expectativas futuras, y *e*) el impacto de la enfermedad sobre la capacidad laboral. Se formulan preguntas del tipo: «¿Se ha sentido irritable, tenso o abatido debido a sus problemas de estómago en las 2 últimas semanas?», sobre las que se pueden emitir 5 posibles respuestas en un rango que oscila entre «En absoluto» (1 punto) y «Muchísimo» (5 puntos). La suma de las puntuaciones parciales obtenidas permite estimar el impacto de los síntomas sobre la percepción global de la salud. Esta escala se ha utilizado en un ensayo multicéntrico en el que participaron 19 investigadores de Europa y Estados Unidos, y en el que se aleatorizó a 538 pacientes con DF para evaluar el potencial beneficio de un agonista de los receptores de la motilina. Aunque el estudio no mostró diferencias significativas respecto al placebo, permitió corroborar que la versión corta del Nepean Dyspepsia Index está dotada de unas excelentes propiedades psicométricas con una adecuada validez convergente, una elevada consistencia interna (alfa de Cronbach > 0,7 en todas las

ANEXO I. Versión española del Nepean Dyspepsia Index (Short Form)

Tensión	(pasatiempos, salidas, aficiones, deporte)?	4. Bastante 5. Muchísimo	podrían ser debidos a una enfermedad grave (por ejemplo un cáncer o un problema de corazón)?
1) Durante las 2 últimas semanas, ¿cree que sus problemas de estómago han influido negativamente sobre su bienestar emocional?	1. En absoluto 2. Un poco 3. Moderadamente 4. Bastante 5. Muchísimo	6) En las 2 últimas semanas, ¿cree que sus problemas de estómago le han hecho disfrutar menos de lo que ha comido o bebido? (Incluye si ha comido con menos apetito y la forma en que se ha sentido después de comer o beber)	1. En absoluto 2. Un poco 3. Moderadamente 4. Bastante 5. Muchísimo
2) Durante las 2 últimas semanas, ¿se ha sentido irritable, tenso o abatido debido a sus problemas de estómago?	1. En absoluto 2. Un poco 3. Moderadamente 4. Bastante 5. Muchísimo	7) En las 2 últimas semanas, ¿ha llegado a pensar que siempre va a estar afectado por sus problemas de estómago?	9) En las 2 últimas semanas, ¿cree que sus problemas de estómago han disminuido su capacidad o disposición para trabajar o estudiar?
3) Durante las 2 últimas semanas, ¿cree que sus problemas de estómago han hecho que tenga menos ganas de hacer las cosas que normalmente le divierten	1. En absoluto 2. Un poco 3. Moderadamente 4. Bastante 5. Muchísimo	8) En las 2 últimas semanas, ¿ha llegado a sospechar que sus problemas de estómago	1. En absoluto 2. Un poco 3. Moderadamente 4. Bastante 5. Muchísimo
Interferencia con las actividades diarias	Comida y bebida	Autocontrol	Trabajo/estudio
	5) Durante las 2 últimas semanas, ¿cree que sus problemas de estómago han influido desfavorablemente sobre su capacidad para tomar alimentos o bebidas (incluyendo cuándo, qué o cuánto)?	10) En las 2 últimas semanas, ¿cree que sus problemas de estómago han hecho que disfrute menos del trabajo o del estudio?	
	1. En absoluto 2. Un poco 3. Moderadamente	1. En absoluto 2. Un poco 3. Moderadamente 4. Bastante 5. Muchísimo	1. En absoluto 2. Un poco 3. Moderadamente 4. Bastante 5. Muchísimo

No se ha llevado a cabo un proceso de adaptación transcultural y/o de validación a la lengua española. La versión presentada aquí corresponde a una traducción de los autores del presente artículo. Se ha procurado encontrar la fórmula literaria y los sinónimos probablemente más apropiados para la comprensión del cuestionario en nuestro entorno. La versión en el idioma original fue publicada por Talley et al².

ANEXO II. Versión española del Glasgow Dyspepsia Severity Score²⁵

Instrucciones	C. Influencia en el trabajo		F. Exploraciones digestivas	
— El investigador deberá cumplimentar el cuestionario en función de las respuestas del paciente.	¿Cuántos días de trabajo ha perdido, debido a los síntomas que padece, durante los últimos seis meses?	Nunca 0 Sólo 1 o 2 días 1 Aproximadamente 1 día por semana 2 Aproximadamente 1 día por mes 3 Aproximadamente la mitad de los días 4 Casi todos los días 5	¿Cuántas pruebas (exploraciones complementarias) le han realizado para el diagnóstico de los síntomas digestivos en los últimos seis meses?	Nunca 0 Sólo 1 o 2 días 1 Aproximadamente 1 día por semana 2 Aproximadamente 1 día por mes 3 Aproximadamente la mitad de los días 4 Casi todos los días 5
— El paciente deberá contestar a cada pregunta como se indica. Si el paciente no está seguro de cómo responder a una pregunta, deberá responder lo que le parezca más cierto.				
— Marque sólo una respuesta por pregunta.				
A. Frecuencia de aparición de los síntomas	D. Consultas a médicos		G. Tratamiento	
¿Durante los últimos seis meses, con qué frecuencia ha tenido síntomas (molestias) digestivas?	¿Cuántas veces ha solicitado a su médico por los síntomas digestivos que padece en los últimos seis meses?	Nunca 0 Sólo 1 o 2 días 1 Aproximadamente 1 día por semana 2 Aproximadamente 1 día por mes 3 Aproximadamente la mitad de los días 4 Casi todos los días 5	¿Durante los últimos seis meses, ¿cuántos días ha utilizado medicación que no le había prescrito un médico (automedicación) para mejorar las molestias?	Nunca 0 Sólo 1 o 2 días 1 Aproximadamente 1 día por semana 2 Aproximadamente 1 día por mes 3 Aproximadamente la mitad de los días 4 Casi todos los días 5
Nunca 0 Sólo 1 o 2 días 1 Aproximadamente 1 día por semana 2 Aproximadamente 1 día por mes 3 Aproximadamente la mitad de los días 4 Casi todos los días 5	Nunca 0 Sólo 1 o 2 días 1 Aproximadamente 1 día por semana 2 Aproximadamente 1 día por mes 3 Aproximadamente la mitad de los días 4 Casi todos los días 5			
B. Influencia sobre las actividades de la vida diaria	E. Visitas médicas a domicilio		Durante los últimos seis meses, ¿cuántos días ha utilizado la medicación prescrita por su médico para mejorar las molestias?	
¿Han influido los síntomas que padece para la realización de sus actividades normales, como comer, dormir o realizar su vida social normal?	¿Cuántas veces ha solicitado a su médico que acuda a visitarle a su casa por los síntomas digestivos en los últimos seis meses?	Nunca 0 Sólo 1 o 2 días 1 Aproximadamente 1 día por semana 2 Aproximadamente 1 día por mes 3 Aproximadamente la mitad de los días 4 Casi todos los días 5	Nunca 0 Sólo 1 o 2 días 1 Aproximadamente 1 día por semana 2 Aproximadamente 1 día por mes 3 Aproximadamente la mitad de los días 4 Casi todos los días 5	Nunca 0 Sólo 1 o 2 días 1 Aproximadamente 1 día por semana 2 Aproximadamente 1 día por mes 3 Aproximadamente la mitad de los días 4 Casi todos los días 5
Nunca 0 Sólo 1 o 2 días 1 Aproximadamente 1 día por semana 2 Aproximadamente 1 día por mes 3 Aproximadamente la mitad de los días 4 Casi todos los días 5	Nunca 0 Sólo 1 o 2 días 1 Aproximadamente 1 día por semana 2 Aproximadamente 1 día por mes 3 Aproximadamente la mitad de los días 4 Casi todos los días 5			

ANEXO III. Versión española del Questionnaire of Dyspepsia-Related Health Scale²⁸

1. Intensidad de los síntomas habituales En los últimos 3 meses, ¿cuánto ha supuesto para mí cada una de las siguientes molestias? (Marque con una X un número de cada fila)											
Síntomas habituales	Ninguna molestia Se puede ignorar si no se piensa en ello	Molestia leve No es posible ignorarlo, pero no afecta a mis actividades diarias	Molestia moderada Afecta a la concentración necesaria para mis actividades diarias	Molestia grave Influye sobre mis actividades diarias y requiere reposo	Molestia muy grave						
a) Dolor en la boca del estómago	1	2	3	4	5						
b) Eructos/se me viene comida a la boca	1	2	3	4	5						
c) Ardor de estómago	1	2	3	4	5						
d) Hinchazón de tripa	1	2	3	4	5						
e) Ventosidades	1	2	3	4	5						
f) Mal sabor de boca	1	2	3	4	5						
g) Náuseas	1	2	3	4	5						
h) Mal aliento	1	2	3	4	5						
2. Intensidad del dolor de estómago o malestar intestinal En una escala de 0 a 10 en la que 0 es "ninguna molestia" y 10 es la "máxima molestia"											
a) En este momento, ¿cuánto me molesta el estómago o los intestinos?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
b) En los últimos 3 meses, ¿cuánto peor me he sentido del estómago o los intestinos?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
c) En los últimos 3 meses y por término medio, ¿qué intensidad ha tenido el dolor de estómago o malestar intestinal?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Incapacidad debida al dolor En una escala en la que 0 es "no ha interferido" y 10 "no he podido hacer nada"											
a) En los últimos 3 meses, ¿cuánto ha interferido en mi vida diaria el malestar intestinal o dolor de estómago?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
b) En los últimos 3 meses, ¿cuánto ha interferido en mis relaciones con la familia y amigos y en mi tiempo libre el malestar intestinal o dolor de estómago?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
c) En los últimos 3 meses, ¿cuánto ha interferido en mi trabajo y tareas domésticas el malestar intestinal o dolor de estómago?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Satisfacción con la salud debida a los problemas de estómago o intestino En su opinión, ¿en qué grado es cierta o falsa cada una de las siguientes afirmaciones? (Marque con una X un número de cada fila)											
	Totalmente de acuerdo	Algo de acuerdo	No lo sé	Algo en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo						
a) Estoy contento con mi salud y no tengo problemas de estómago ni intestinales	1	2	3	4	5						
b) Mi dolor de estómago o molestia intestinal parecen controlados	1	2	3	4	5						
c) Me tranquiliza ver que mi dolor o molestia parecen controlados	1	2	3	4	5						
d) Estoy preocupado por mi dolor de estómago o molestia intestinal	1	2	3	4	5						

subescalas) y una aceptable sensibilidad al cambio²⁷. La Glasgow Dyspepsia Severity Score (GDSS) fue originalmente diseñada por El-Omar et al (*European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 1999) y más tarde adaptada y validada al castellano por Monés et al²⁵ (anexo II). Se trata de un cuestionario breve y sencillo con 8 ítems que permiten explorar la frecuencia de aparición de los síntomas en los últimos 6 meses y el impacto de éstos sobre las actividades de la vida diaria. En él se incluyen el número de días de baja laboral y el consumo de recursos sanitarios en términos de visitas facultativas, exploraciones realizadas y tratamientos motivados por los síntomas. Su mayor bondad reside en la capacidad de evaluar de una forma sencilla la influencia de la enferme-

dad sobre la vida cotidiana. Algunos autores, sin embargo, consideran que el sistema para capturar la información (entrevista) podría sesgar la percepción real del enfermo en algunas de las dimensiones exploradas²⁷.

Ruiz et al²⁸ han adaptado y validado en nuestro idioma el Questionnaire of Dyspepsia-Related Health Scale (DRHS; anexo III), que evalúa la intensidad de los síntomas, en función del grado en que éstos interfieren en las actividades diarias, e incorpora una dimensión relacionada con el grado de discapacidad y otra donde el enfermo describe su grado de satisfacción en relación con la dispepsia. Finalmente, se han desarrollado instrumentos que permiten evaluar de forma conjunta el impacto que representa sobre la CVRS la presencia simultánea de dispepsia y enfer-

ANEXO IV. Versión española del Perceived Stress Questionnaire (PSQ)³⁴*A1. Instrucciones para la forma general*

En cada pregunta marque un círculo en el número que mejor describa con qué frecuencia se aplica esta cuestión a su vida en general durante los últimos uno o 2 años. Responda rápidamente, sin intentar comprobar las respuestas y teniendo cuidado en describir lo ocurrido exclusivamente en un período largo de tiempo.

	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
1. Se siente descansado	1	2	3	4
2. Siente que se le hacen demasiadas peticiones	1	2	3	4
3. Está irritado o malhumorado	1	2	3	4
4. Tiene demasiadas cosas que hacer	1	2	3	4
5. Se siente solo o aislado	1	2	3	4
6. Se encuentra sometido a situaciones conflictivas	1	2	3	4
7. Siente que está haciendo cosas que realmente le gustan	1	2	3	4
8. Se siente cansado	1	2	3	4
9. Teme que no pueda alcanzar todas sus metas	1	2	3	4
10. Se siente tranquilo	1	2	3	4
11. Tiene que tomar demasiadas decisiones	1	2	3	4
12. Se siente frustrado	1	2	3	4
13. Se siente lleno de energía	1	2	3	4
14. Se siente tenso	1	2	3	4
15. Sus problemas parecen multiplicarse	1	2	3	4
16. Siente que tiene prisa	1	2	3	4
17. Se siente seguro y protegido	1	2	3	4
18. Tiene muchas preocupaciones	1	2	3	4
19. Está bajo la presión de otras personas	1	2	3	4
20. Se siente desanimado	1	2	3	4
21. Se divierte	1	2	3	4
22. Tiene miedo al futuro	1	2	3	4
23. Siente que hace cosas por obligación, no porque quiera	1	2	3	4
24. Se siente criticado o juzgado	1	2	3	4
25. Se siente alegre	1	2	3	4
26. Se siente agotado mentalmente	1	2	3	4
27. Tiene problemas para relajarse	1	2	3	4
28. Se siente agobiado por la responsabilidad	1	2	3	4
29. Tiene tiempo suficiente para usted	1	2	3	4
30. Se siente presionado por los plazos de tiempo	1	2	3	4

A2. Instrucciones para la forma reciente

En cada pregunta marque un círculo en el número que mejor describa con qué frecuencia se aplica esta cuestión a su vida en general durante el último mes. Responda rápidamente, sin intentar comprobar las respuestas y teniendo cuidado en describir lo ocurrido exclusivamente en el último mes.

medad por reflujo gastroesofágico —Quality of Life in Reflux and Dyspepsia (QQLRAD)— o de dispepsia y síndrome del intestino irritable —Functional Digestive Disorders Quality of Life Questionnaire (FDQQL) y Digestive Health Status Instrument (DHSI)—²¹.

Sistemas que evalúan el impacto de los síntomas sobre el bienestar psicológico

El método más utilizado ha sido el Psychological General Well-Being Index (PGWB), desarrollado en Estados Unidos por Dupuy (1978). La versión actual, adaptada y validada a nuestro idioma (Badia et al, 1996)²⁹, consta de 22 ítems agrupados en 6 dimensiones —ansiedad, depresión, estado de ánimo positivo, vitalidad, autocontrol y salud general— que, en su conjunto, permiten estimar la percepción del individuo sobre su «propio estado interno». El cuestionario ha sido pensado para ser autoadministrado y ha demostrado una excelente correlación con otras escalas que miden la percepción de la salud desde la perspectiva del individuo, como el GHQ-12. El PGWB se ha utilizado en estudios metodológicamente bien diseñados^{25,26} para evaluar el beneficio terapéutico de la administración de inhibidores de la bomba de protones y/o la erradicación de *H. pylori* en la DF. La administración de 20 mg de omeprazol (Talley et al, BOND-

OPERA, 1998)³⁰ o 30 mg de lansoprazol (Wong WM et al, 2002)³¹ se acompañó de un modesto beneficio en los pacientes con DF respecto a placebo, especialmente en el subtipo de dispepsia tipo ulceroso, apreciándose mejoría en la CVRS documentada con el SF-36, el índice de dispepsia de Hong-Kong y el GSRS, aunque sin modificaciones relevantes en el PGWB. Éste tampoco se modificó de forma significativa tras la erradicación de *H. pylori* (Talley 1999, Blum 1998)¹⁸. Sorprendentemente, ninguno de los estudios citados en las revisiones sistemáticas ha utilizado, para evaluar los efectos de la intervención psicológica sobre la DF, escalas que permitan mensurar el impacto de este tipo de terapias sobre el bienestar psicológico¹⁹. Un grupo español ha publicado recientemente sus datos en relación con la evolución de la CVRS en 112 pacientes con DF seguidos prospectivamente a lo largo de un año²⁶. El PGWB mejoró de forma significativa, sin ninguna terapia específica ($87,1 \pm 17,6$ frente a $107,7 \pm 1,1$), lo que subraya el beneficio que comporta un plan de visitas facultativas programadas y la certeza del paciente de que se ha excluido una patología orgánica mediante una endoscopia, un dato interesante que confirma los hallazgos de otros estudios previos³². Si el clínico desea obtener una información más exhaustiva de la condición psicológica del paciente puede emplear el SCL-90 (Symptom Check List), que per-

mite explorar 9 trastornos psicológicos (somatización, síntomas obsesivo-compulsivos, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicotismo). Poytras et al³³ han empleado esta escala para conocer el perfil psicológico de pacientes con trastornos funcionales, antes y después de aplicar un programa de psicoterapia grupal. Finalmente, si el objetivo del investigador es evaluar la relación del estrés psicosocial con la gravedad de los síntomas, se recomienda utilizar el Perceived Stress Questionnaire (PSQ), validado en nuestro idioma por Sanz Carrillo et al (anexo IV)³⁴.

CONCLUSIONES

La DF representa uno de los problemas más comunes en gastroenterología. No se ha identificado un marcador biológico que permita estratificar la gravedad del trastorno. En los últimos años se han diseñado, sin embargo, métodos que permiten evaluar la intensidad de los síntomas, el impacto que éstos ejercen sobre la CVRS y su influencia sobre el estado de bienestar psicológico. Disponer de un conocimiento básico de estas herramientas es, hoy día, una necesidad para cualquier gastroenterólogo implicado en la toma de decisiones relacionadas con la salud, así como para una lectura crítica de la bibliografía médica relacionada con este tema.

BIBLIOGRAFÍA

1. Impact of functional dyspepsia on quality of life. *Dig Dis Sci* 1995;40:584-9.
2. Talley NJ, Stanghellini V, Heading RC, Koch KL, Malagelada JR, Tytgat GN. Functional gastroduodenal disorders. *Gut* 1999; 45(Suppl 2):37-42.
3. Heading RC. Prevalence of upper gastrointestinal symptoms in the general population: a systematic review. *Scand J Gastroenterol Suppl* 1999;231:3-8.
4. Stanghellini V. Three month prevalence rates of gastrointestinal symptoms and the influence of demographic factors: results from Domestic/International Gastroenterology Surveillance Study (DIGEST). *Scand J Gastroenterol Suppl* 1999;231:20-8.
5. Caballero Plasencia AM, Sofos Kontoyannis S, Martín Ruiz JL, Valenzuela Barranco M. La prevalencia de dispepsia en España. *Med Clin (Barc)* 1994;103:717.
6. Simrén M, Tack J. Functional dyspepsia: evaluation and treatment. *Gastroenterol Clin N Am* 2003;32:577-99.
7. Mearin F. Dispepsia funcional. Tan desconocida como frecuente. Barcelona: Doyma, 1997.
8. Danesh J, Lawrence M, Murphy M, Roberts S, Collins R. Systematic review of the epidemiological evidence on *Helicobacter pylori* infection and nonulcer or uninvestigated dyspepsia. *Arch Intern Med* 2000;160:1192-8.
9. Mearin F, De Ribot X, Balboa A, Salas A, Varas MJ, Cucala M, et al. Does *Helicobacter pylori* infection increase gastric sensitivity in functional dyspepsia? *Gut* 1995;37:47-51.
10. Rhee P, Kim Y, Son H, Kim JJ, Koh KC, Paik SW, et al. Lack of an association of *Helicobacter pylori* infection with gastric hypersensitivity or delayed gastric emptying in functional dyspepsia. *Am J Gastroenterol* 1999;94:3165-9.
11. Laine L, Schoenfeld P, Fennerty MB. Therapy for *Helicobacter pylori* in patients with nonulcer dyspepsia. A meta-analysis of randomized, controlled trials. *Ann Intern Med* 2001;134:361-9.
12. Tack J. Distention in non-consulting dyspeptics: a swell idea. *Gut* 2000;47:326.
13. Talley N, Boyce P, Jones M. Dyspepsia and health care seeking in a community: how important are psychological factors? *Dig Dis Sci* 1998;43:1016-22.
14. Drossman DA, Creed FH, Olden KW, Svedlund J, Toner BB, Whitehead WE. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. *Gut* 1999;45(Suppl 2):25-30.
15. Fischler B, Tack J, Gutch V, Shkedy A, Persoons P, Broekaert D, et al. Heterogeneity of symptom pattern psychosocial factors, and pathophysiological mechanisms in severe functional dyspepsia. *Gastroenterology* 2003;124:903-10.
16. Moayyedi P, Soo S, Dekk J, Delaney B, Innes M, Fordman D. Pharmacological interventions for non-ulcer dyspepsia (Cochrane review). En: The Cochrane Library, Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2003.
17. Mascort JJ, Marzo M, Alonso Coello P, Barenys M, Carballo F, Fernández M, et al. Guía de práctica clínica sobre el manejo del paciente con dispepsia. *Gastroenterol Hepatol* 2003;26:571-613.
18. Moayyedi P, Soo S, Dekk J, Delaney B, Harris A, Innes M, et al. Erradication of *Helicobacter pylori* for non-ulcer dyspepsia (Cochrane review). En: The Cochrane Library, Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2003.
19. Delaney B, Lewis M, Fordman D. Psychological intervention for non-ulcer dyspepsia (Cochrane review). En: The Cochrane Library, Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2003.
20. Calvert EL, Houghton LA, Cooper P, Morris J, Whorwell PJ. Long-term improvement in functional dyspepsia using hypnotherapy. *Gastroenterology* 2002;123:1778-85.
21. Yacavone RF, Locke RG III, Provenzale DT, Eisen GM. Quality of life measurement in gastroenterology: what is available? *Am J Gastroenterol* 2001;96:285-97.
22. Rabeneck L, Cook KF, Wrists K, Soucek J, Menke T, Wrauy NP. SODA (Severity of Dyspepsia Assessment): a new effective outcome measure for dyspepsia-related health. *J Clin Epidemiol* 2001;54:755-65.
23. Leidy NK, Farup C, Rentz AM, Ganoczy D, Koch KL. Patient-based assessment in dyspepsia: development and validation of dyspepsia symptom severity index (DSSI). *Dig Dis Sci* 2000; 45:1172-9.
24. Moayyedi P, Duffet S, Brauholtz D, Mason S, Richards ID, Dowell AC, et al. The Leeds Dyspepsia Questionnaire: a valid tool for measuring the presence and severity of dyspepsia. *Aliment Pharmacol Ther* 1998;12:1257-62.
25. Monés J, Adám A, López JS, Artés M. Validación de la versión española de la Glasgow Dyspepsia Severity Score. *Rev Esp Enferm Dig* 2001;93:164-9.
26. Gutiérrez A, Rodrigo L, Riestra S, Fernández E, Cadahia V, Tojo R, et al. Quality of life in patients with functional dyspepsia: a prospective 1-year follow-up study in Spanish patients. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2003;15:1175-81.
27. Talley NJ, Verlinden M, Jones M. Quality of life in functional dyspepsia: responsiveness of the Nepean Dyspepsia Index and development of a new 10-item short form. *Aliment Pharmacol Ther* 2001;15:207-16.
28. Ruiz M, Villasante F, León F, González-Lara V, González C, Crespo M, et al. Cuestionario sobre Calidad de Vida Asociada a Dispepsia. Adaptación española y validación del cuestionario Dyspepsia Related Health Scale. *Med Clin (Barc)* 2001;117: 567-73.
29. Badía X, Gutiérrez F, Wiklund I, Alonso J. Validity andifiability of the spanish version of the General Well-Being index. *Quality Life Research* 1996;5:101-8.
30. Talley NJ, Meineche-Schmidt V, Pare P, Duckworth M, Raisanen P, Pap A, et al. Efficacy of omeprazole in functional dyspepsia: double-blind, randomized, placebo-controlled trials (the Bond and Opera studies). *Aliment Pharmacol Ther* 1998;12: 1055-65.
31. Wong WM, Wong BC, Hung WK, Yee YK, Yip AW, Szeto ML, et al. Double blind, randomized, placebo controlled study of four weeks of lansoprazole for the treatment of functional dyspepsia in Chinese patients. *Gut* 2002;51:502-6.
32. Wiklund I, Glise H, Jerndal P, Carlsson J, Talley NJ. Does endoscopy have a positive impact on quality of life in dyspepsia? *Gastrointest Endosc* 1998;47:449-54.
33. Poytras MR, Verrier P, So C, Paquet S, Bouin M, Poitras P. Group counseling psychotherapy for patients with functional gastrointestinal disorders. *Dig Dis Sci* 2002;47:1297-307.
34. Sanz Carrillo C, García-Campayo J, Rubio A, Santed MA, Montoro M. Validation of the Spanish version of the Perceived Stress Questionnaire. *J Psychosomatic Res* 2002;52:167-72.