



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 27

**“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES OBESOS CON SÍNTOMAS
DE DISPEPSIA EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”**

Tesis para obtener el Título de Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

César Armando Ramírez Salazar.

Asesores:

Dra. María Cecilia Anzaldo Campos.

Dra. Luz María De Soto Molina.

Dr. Grego Orlando Salinas Merlos.

Tijuana Baja California; Febrero 2017.

TÍTULO.

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES OBESOS CON SÍNTOMAS DE DISPEPSIA EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

IDENTIFICACIÓN DE INVESTIGADORES

César Armando Ramírez Salazar.
MAT. 98023184.
Residencia Medicina Familiar.
Correo electrónico: cearsx@hotmail.com
Teléfono: 6251240011.

Dra. María Cecilia Anzaldo Campos.
MAT. 9920153.
Correo electrónico: Maria.anzaldo.imss.gob.mx
Investigadora Asociado. HGR No. 20
Teléfono: 664 629 63 85.

Asesores:

Dra. Luz María De Soto Molina.
Mat. 99389543.
Correo electrónico: desotomix@gmail.com
Gastroenterología y Endoscopia Digestiva. HGR No 1.
Teléfono: 664 627 09 63.

Dr. Grego Orlando Salinas Merlos.
Mat. 990246.
Correo electrónico: orlandosalinasm@hotmail.com
Médico Familiar UMF No. 27.
Teléfono: 664 188 26 63.

Tijuana, Baja California 28 de Febrero del 2017.

**COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA**

ASUNTO: Voto aprobatorio.

Habiendo fungido como director de la tesis titulada: " **Calidad de vida en pacientes obesos con síntomas de dispepsia en primer nivel de atención** ", elaborada por **César Armando Ramírez Salazar**; manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE.



Dra. Edith Graciela Estrada Corrales.
Director de tesis.

C. c. p. Archivo.

Tijuana, Baja California 28 de Febrero del 2017.

**COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA**

ASUNTO: Voto aprobatorio

Habiendo fungido como sinodal de la tesis titulada: "**Calidad de vida en pacientes obesos con síntomas de dispepsia en primer nivel de atención**", elaborada por **César Armando Ramírez Salazar**; manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Juan José Camacho Romo', written over a horizontal line.

Dr. Juan José Camacho Romo.

Sinodal.

C. c. p. Archivo.

Tijuana, Baja California 28 de Febrero del 2017.

COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA

ASUNTO: Voto aprobatorio.

Habiendo fungido como sinodal de la tesis titulada: "**Calidad de vida en pacientes obesos con síntomas de dispepsia en primer nivel de atención**", elaborada por **César Armando Ramírez Salazar**; manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE.



Dra. Vanessa Isela Bermúdez Villalpe.

Sinodal.

C. c. p. Archivo.

AGRADECIMIENTOS

Agradecimiento invaluable y permanente a toda mi familia como son:

Mis padres por su enorme cariño, su gran ejemplo, y mis mejores guías en todo mi trayecto, a pesar de mis tropiezos.

A mi esposa con su enorme ánimo, su paciencia y cariño inagotable, que me contagia de perseverancia todos los días.

Los amigos que se fueron cosechando en el paso de esta etapa.

A todos los Maestros que invirtieron en mi parte de su enorme conocimiento, sencillamente por el gusto de enseñar.

Humildemente, les agradezco a todos y cada uno de ustedes y, deseo por igual poder llegar a ser fuente de inspiración y conocimiento.

ÍNDICE

Resumen.....	1
Antecedentes.....	2
Marco teórico.....	7
Justificación.....	13
Planteamiento del problema.....	14
Objetivos.....	15
Hipótesis.....	16
Material y métodos.....	17
Definición conceptual de variables.....	22
Aspectos éticos y normativos.....	24
Recursos utilizados.....	25
Bioseguridad.....	26
Cronograma de actividades.....	27
Resultados.....	28
Discusión.....	46
Fortalezas.....	48
Limitaciones.....	49
Implicaciones éticas.....	50
Conclusiones.....	51
Bibliografía.....	53
Anexos.....	57

RESUMEN.

TÍTULO:

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES OBESOS CON SÍNTOMAS DE DISPEPSIA EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

Investigadores: César Armando Ramírez Salazar, Dra. María Cecilia Anzaldo Campos, Dra. Luz María de Soto Molina, Dr. Grego Orlando Salinas Merlos.

Antecedentes: La Dispepsia tiene prevalencia aproximada del 20 al 25% en la población en general, existen estudios con relación positiva entre el índice de masa corporal y síntomas de dispepsia, en nuestro estado de Baja California, 4 de cada 10 adultos padece obesidad, que impacta la calidad de vida en estas personas, implicando importantes costos económicos de los servicios de salud.

Objetivo: Conocer la calidad de vida en pacientes obesos con síntomas de dispepsia en el primer nivel de atención.

Material y Métodos: Estudio comparativo, transversal, prospectivo; Muestra de tipo no probabilístico por cuotas; tamaño de muestra de 396 pacientes (obesos: 190 y no obesos: 206), con síntomas de dispepsia, derechohabientes del IMSS, adscritos a la UMF No. 27, en periodo comprendido del 1° de Octubre a 30 de Diciembre del 2016. Se incluyeron variables sociodemográficas y consumo de aines. Para evaluar calidad de vida se aplicó cuestionario de calidad de vida DRHS(QoL-PEI) su adaptación al castellano. Análisis estadístico tipo descriptivo, estadística no paramétrica (Prueba Chi cuadrada para análisis de bivariado y prueba de diferencias de media U de Mann-Whitney). Las diferencias estadísticamente significativas se consideraron con $p \leq 0.05$.

Resultados: Se obtuvo una frecuencia de pacientes con sobrepeso y obesidad de 79.3% superior a las cifras de ENSANUT 2012 (71.28%). No se encontraron diferencias significativas en la calidad de vida entre obesos y no obesos (sig 0.151).

Conclusión: No existe relación entre síntomas de dispepsia y obesidad con la calidad de vida.

Palabras clave: Dispepsia, obesidad, calidad de vida.

ANTECEDENTES.

La Dispepsia y la obesidad son entidades altamente prevalentes en la población mexicana. Se ha propuesto una asociación entre la obesidad y los síntomas de dispepsia. Por otro lado, algunos estudios epidemiológicos informan que entre 15% y 20% de la población experimentan dispepsia, pero sólo uno de cada cuatro enfermos consulta al médico por éste malestar. La prevalencia Global de la dispepsia no investigada varía entre 7% y 45% y esto obedece a las distintas definiciones así como a la población. La obesidad se ha asociado con la aparición de síntomas de dispepsia, pero la ganancia o pérdida de peso que pudiera causar los síntomas permanece poco clara. Se ha sugerido que existe una disminución de los síntomas de dispepsia en las personas con sobrepeso cuando pierden peso.¹

Las diferencias culturales han identificado la dispepsia en términos de lo que constituye el dolor abdominal vs malestar, que también siguen confundiendo el tema. Otras dificultades son creadas por el hecho de que la dispepsia no es un término generalmente entendido por los pacientes, y no se puede medir como un elemento de un propio-reporte. Se sugiere que la dispepsia es una queja mundial común y esto no se puede explicar por los cambios en la definición a través del tiempo. Los datos sugieren además que la mayoría de los pacientes con dispepsia no investigada caerá en la categoría de la dispepsia funcional, pero el pronóstico exacto de este grupo sigue siendo variable y sin explicación. No se dispone de información sobre la periodicidad de los síntomas dispépticos individuales en el tiempo; entender el patrón de ciclismo de los síntomas podría tener implicaciones importantes de manejo.²

En un estudio llevado a cabo en Argentina entre 2011 y 2012 con empleo de test de saciedad mencionan que, la dispepsia representa el 2-3% de la consulta en la práctica general y el 40% de las realizadas a los gastroenterólogos. Sin embargo, solo una cuarta parte de los pacientes con dispepsia consultan al médico. Los estudios epidemiológicos basados en la práctica clínica tienen un claro sesgo de selección, los más representativos son los poblacionales.³

En un gran estudio de seguimiento de cohorte basado en una poblacional con más de 30.000 personas-años, no se observó ninguna asociación significativa entre la supervivencia y el SII (Síndrome de Intestino Irritable), diarrea crónica, dispepsia o dolor abdominal. Por otra parte, no se encontró asociación entre el aumento de carga de Desordenes Gastrointestinales Funcionales (FGID) y supervivencia. Sin embargo, a diferencia de otros estudios FGID, se encontró que los sujetos con síntomas de estreñimiento crónico aumentan el riesgo de una empobrecida sobrevivida. Se requiere más investigación para determinar la causa de esta asociación observada. FGID son comunes en la comunidad con una prevalencia de hasta un 40 %. Aunque la mayoría de los pacientes no buscan evaluación médica para sus síntomas, todavía se estima que los pacientes con FGID representan hasta la mitad del tiempo de la consulta por gastroenterólogos. Ha sido visto por algunos médicos como predominantes formas de trastornos psicológicos, FGID ha cargado estigmas históricamente potencialmente dañinos para los pacientes donde incluso se ha negado su existencia médica.⁴

Estudios previos describen una gran prevalencia de síntomas que cumplen criterios para síndrome de colon irritable y enfermedad por reflujo gastroesofágico en pacientes con obesidad mórbida comparada con la población en general.⁵

Otros autores muestran una relación positiva entre IMC y la frecuencia de vómito, dolor epigástrico, distensión abdominal y diarrea.⁶

Delgado-Aros S, Locke GR III, Camilleri M, Talley Nj, Fett S, Zinsmeister AR, et al. Mostraban basados en una población de estudio, una asociación positiva entre el incremento del índice de masa corporal (IMC) y los síntomas de diarrea, dolor abdominal, náusea y vómito. En un gran estudio basado en la población de más de 1,900 sujetos en el condado de Olmsted, Minesota, Delgado-Aros y colegas estudiaron la relación entre IMC, y un rango de síntomas de tracto GI superior e inferior. Después de realizar análisis de regresión logística para ajustar posibles variables de confusión, el autor no encontró significancia estadística asociada entre obesidad y dolor en abdomen bajo, constipación o náusea. Sin embargo, hubo significancia asociada entre obesidad y dolor abdominal alto, distensión, y diarrea.⁷

Talley NJ, Howell S y Poulton R. Encontraron que el incremento del índice de masa corporal estaba asociado con diarrea, vómito epigastralgia y distensión abdominal.⁸

Sadik R. Björnsson E. y Simrén M. En su estudio prospectivo con pacientes que cursaban con enfermedad por colon irritable destacaba que la población estudiada mostraba una asociación positiva entre el incremento de índice de masa corporal (IMC) y el síntoma de diarrea.⁹

Informes de investigaciones en el uso de antiinflamatorios no esteroides (AINES) establecen que no hay diferencias en la eficacia clínica cuando se comparan los diferentes fármacos, ni mayor beneficio al incrementar la dosis.¹⁰

La evaluación de la calidad de vida se puede hacer a través de 2 enfoques básicos: por medio de cuestionarios genéricos o mediante cuestionarios específicos para una enfermedad.¹¹

Para evaluar la calidad de vida relacionada con la dispepsia, se han empleado tanto instrumentos diseñados para valorar la calidad de vida asociada con las enfermedades del tubo digestivo, en general, como el *Gastrointestinal Symptom Rating Scale*(GSRS) y el *Functional Digestive Disorders Quality of Life*(FDDQL), como instrumentos específicos para la dispepsia, como el Nepean Dispepsia Index (NDI), el *Glasgow Dyspepsia Severity Score* (DGS) y, el *Dyspepsia Related Health Scales* (DRHS) mismo que ha sido el más sencillo y fácil de complementar por los pacientes el cual ha sido valorado para su uso en el contexto de la investigación clínica. Teniendo en cuenta que en España que ese último cuestionario DRHS ya ha sido adaptado al castellano y evaluado sus propiedades psicométricas del instrumento, comprobando su validez para valorar la calidad de vida en pacientes con dispepsia en las condiciones de la práctica médica habitual.¹²

De acuerdo a la información disponible en el sistema de informática de atención integral a la salud (SIAIS) de la Unidad de Medicina Familiar Número 27 (UMF 27), Tijuana Baja California. Se obtuvo en el año 2013 el registro por un total de 8,005 consultas con diagnóstico de obesidad, de los cuales 2,342 correspondían a hombres y 5,663 a mujeres. Además se encontró que la demanda de consulta por dispepsia fue de 3,861 donde 1,352 fueron hombres y 2,509 mujeres. Subsecuentemente en el año 2014 en la UMF27 de Tijuana B.C. se alcanzó un total de 6,537 consultas con diagnóstico de obesidad, de los cuales 1,788

correspondían a hombres y 4,749 a mujeres. Así como la demanda de consulta por dispepsia fue de un total de 3,924 donde 1,414 fueron hombres y, 2,510 mujeres.¹³

MARCO TEÓRICO.

Definición.

El término Dispepsia de acuerdo a la recomendación del comité Roma III, se refiere a un síntoma o conjunto de síntomas que, según la mayoría de los médicos, se origina en la región gastroduodenal. Los síntomas específicos (plenitud posprandial, saciación temprana y dolor epigástrico o ardor epigástrico). Personas con una o más de estos síntomas se reconoce como pacientes con dispepsia.¹⁴

La dispepsia es un trastorno crónico del tracto digestivo con una etiopatogenia mal conocida y una sintomatología clínica variada (dolor y/o molestia abdominal, pirosis, náuseas vómito, saciedad precoz, sensación de plenitud posprandial y distensión gástrica). Aunque se sabe que su origen puede ser orgánico, en más del 50% de los casos la causa es funcional, y se ha involucrado: la ingesta de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) como uno de los posibles factores implicados.¹⁵

La obesidad se define como un exceso de grasa corporal que se asocia a un mayor riesgo de enfermedades y muerte prematura. Hay muchas formas para medir el sobrepeso y la obesidad, la OMS y los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos recomiendan el índice de masa corporal (IMC) por ser muy práctico y aplicable en la mayoría de la población. Con esta herramienta se ha determinado que en los adultos el IMC normal oscila entre 18.5 y 24.9 kg/m² y obesidad cuando este es mayor de 30 kg/m².¹⁶

Etiología.

No se conocen con exactitud, los mecanismos responsables de la DF, es decir, si no hay enfermedad orgánica, ¿por qué ocurren los síntomas? Diversos estudios clínicos han demostrado las siguientes anomalías: i) alteración de la acomodación gástrica; ii) vaciamiento gástrico retardado; iii) hipersensibilidad gástrica; iv) hipersensibilidad duodenal al ácido y a los lípidos; v) inflamación de bajo grado; vi) estrés y factores psicosociales, trauma, predisposición genética, infección viral previa, etc.; e vii) infección por *H. pylori*, así como la precipitación por gastroenteritis infecciosa. Al respecto, en un reciente metanálisis se encontró que el riesgo de desarrollar DF está significativamente aumentado después de estas infecciones. Estos hallazgos han hecho suponer que la inflamación y alteraciones inmunológicas pueden ser importantes. Estudios de epidemiología genética han identificado además polimorfismos de la proteína G, subunidad del gen B3 (GNB3), que tienen influencia sobre la activación de las células inmunológicas.¹⁷

Fisiopatología.

En cuanto a la fisiopatología de la dispepsia funcional, el origen de los síntomas que la definen no está claro. Teóricamente, la clínica se debe a un solapamiento de alteraciones motoras y sensitivas del tracto digestivo superior. Entre un 25 y un 40% de los pacientes presenta un retraso del vaciamiento gástrico, aunque su relación tanto con los diferentes síntomas dispépticos, como con la calidad de vida de los pacientes no está bien definida. Además, un 40% de los pacientes presenta una alteración de la acomodación del estómago, lo cual se ha asociado a la

saciedad precoz en algunos estudios. En cuanto a las alteraciones de la sensibilidad visceral, parece que una tercera parte de los pacientes con dispepsia funcional presentan una hipersensibilidad a la distensión mecánica o a la llegada de ciertos nutrientes al duodeno. Existe controversia sobre si los pacientes dispépticos presentan una alteración en la secreción de ácido o una hipersensibilidad al mismo, sin que hasta ahora haya podido demostrarse ninguno de los dos términos. Otro factor que se ha relacionado con la fisiopatología de la dispepsia es la infección por *helicobacter pylori*. Sin embargo, existen 3 argumentos que sugieren que la infección por esta bacteria no ejerce un papel determinante en la dispepsia funcional: a) la prevalencia de infección por *H. pylori* no es más elevada en los pacientes con dispepsia funcional; b) la infección por esta bacteria no influye negativamente sobre el tiempo de vaciado gástrico ni sobre la percepción visceral y c) la erradicación de *H. pylori* únicamente implica un modesto beneficio en la evolución de la dispepsia funcional.¹⁸

Factores de riesgo.

Los trastornos psiquiátricos han presentado una asociación significativa con la dispepsia funcional. Se ha establecido que existe una asociación entre los diversos problemas de salud mental (ansiedad, depresión, neurosis, estrés crónico, hostilidad, crisis de pánico, entre otros) y la dispepsia funcional. La infección por *H. pylori* parece no jugar un papel primordial en la dispepsia funcional. La evidencia disponible en la literatura indica que no existe una asociación estadísticamente significativa entre esta bacteria y la dispepsia funcional, pero esta evidencia no es suficiente para confirmar o negar la existencia

de una asociación. Para determinados factores de riesgo, los resultados disponibles son controversiales, mientras que algunos estudios han demostrado asociación con el café, el tabaco, la obesidad, el estrés y los estratos socioeconómicos bajos.¹⁹

Epidemiología.

La prevalencia de dispepsia funcional en el mundo occidental es aproximadamente del 20 al 25% en la población general, por lo que implica importantes costos económicos para los servicios de salud.²⁰

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 se evaluó a 38,208 personas adultas que representan a más de 69 millones de mexicanos. La prevalencia de sobrepeso y obesidad en México en adultos fue de 71.28% (que representan a 48.6 millones de personas). En particular en el estado de Baja California, 5 de cada 10 adultos tienen sobrepeso y 4 de cada 10 tienen obesidad, es decir que de cada 10 adultos solamente 1 persona tiene el peso corporal adecuado.²¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera actualmente a la obesidad como una epidemia global, no exclusiva de los países de altos ingresos y que impacta en todos los grupos de edad. Se estima que 1.7 billones de personas en el mundo padecen algún grado de obesidad (Deitel M, 2003/Buchwald H, 2004) y que cada año mueren 2.6 millones de personas a causa de la obesidad o sobrepeso (OMS, 2010).²²

Clasificación de la dispepsia.

Dispepsia orgánica o de causa conocida: dispepsia (de acuerdo con la definición anterior) en la que se ha detectado alguna causa que razonablemente justifique los síntomas. Dispepsia funcional (criterios de acuerdo con la clasificación de Roma III): «síntoma o conjunto de síntomas que la mayoría de médicos considera que tienen su origen en la región gastroduodenal, siendo estos síntomas la pesadez posprandial, saciedad precoz, dolor y ardor epigástrico». Los síntomas pueden ser continuos o intermitentes y estar o no relacionados con la ingesta de alimentos. Los síntomas deben haber aparecido al menos 6 meses antes del diagnóstico y estar activos durante al menos 3 meses. Requiere un estudio diagnóstico adecuado que incluya, al menos, una endoscopia normal y la ausencia de infección por *Helicobacter pylori* y que excluya cualquier enfermedad orgánica, sistémica o metabólica que justifique los síntomas. Dispepsia no investigada: dispepsia (de acuerdo con la definición anterior) en ausencia de estudio diagnóstico.²³

Tratamiento.

De acuerdo a la Guía de Práctica Clínica el tratamiento recomendado para utilizar en la Dispepsia puede ser con inhibidores de la bomba de protones (Omeprazol, Pantoprazol, Ranitidina) así como procinéticos (Metoclorpamida), además contemplar la utilización de tratamiento de erradicación de H. PYLORI (a través de doble o triple esquema de antibiótico), también brindar recomendaciones al paciente de cambios en el estilo de vida como realizar actividad física, evitar

automedicación y llevar a cabo una dieta, y tener presente datos de alarma que le orienten para buscar atención con su médico familiar de forma oportuna.²⁴

JUSTIFICACIÓN.

La sintomatología de dispepsia es una enfermedad cotidiana en nuestro país y quizás un reto para el sistema de salud por igual y no menos importante la obesidad en nuestro país que va en ascenso, así pues que ambas enfermedades se encuentra dentro de los 10 principales motivos de atención, sin embargo asociadas estas dos enfermedades son poco los estudios disponibles.

La sintomatología de dispepsia se ha documentado teniendo una asociación positiva con la obesidad, siendo esta última un problema de salud pública global, independientemente de las diferentes culturas del entorno o sus usos y costumbres. Cabe mencionar que México ocupa la segunda tasa más alta de obesidad entre los países de La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), después de Estados Unidos; uno de cada tres adultos es obeso.²⁵

Así también hasta ahora la calidad de vida de aquellas personas que cursan con síntomas de dispepsia y que se asocia a obesidad como tal está muy poco documentado, y partiendo de estas premisas se plantea determinar ¿Cuál es la calidad de vida pacientes obesos con síntomas de dispepsia? y, contribuir a mejorar la calidad de vida de nuestra población.

Con la determinación de la calidad de vida en la población obesa que tiene síntomas dispepsia, se podría anticipar las necesidades de este grupo de pacientes, y mejorar su atención en sus consultas por este concepto, mejorando la calidad de la atención médica.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En México se han realizado Encuestas Nacionales (ENSANUT) donde la más reciente en 2012 señala una prevalencia de adultos con sobrepeso y obesidad es 71.28% de su población.²¹ Así también conforme a la información del Instituto Nacional de Estadística (INEGI) del 2010 se informa que en Baja California 4 de cada 10 adultos tienen obesidad, y es en la unidad de medicina familiar donde se pretende llevar a cabo el protocolo de investigación encargado de la atención de 21.7% del total de la población que habita la ciudad Tijuana.²¹ Siendo la dispepsia uno de los 10 principales motivos de consulta conforme a informes mensuales consultados del SIAIS de la UMF27 desde el 2013 al 2015.²⁶

Por lo cual me planteo la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es la calidad de vida pacientes obesos con síntomas de dispepsia en el primer nivel de atención?

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL

Conocer la calidad de vida en pacientes obesos con síntomas de dispepsia en el primer nivel de atención.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Conocer la frecuencia de pacientes obesos con síntomas de dispepsia en el primer nivel de atención.
- Conocer características sociodemográficas de población estudiada.
- Conocer calidad de vida en población de estudio.
- Categorizar la frecuencia de pacientes obesos con síntomas de dispepsia de la UMF No. 27, de acuerdo a su edad.
- Determinar si existe asociación entre la calidad de vida en pacientes con obesidad y síntomas de dispepsia de la UMF No. 27.

HIPÓTESIS.

HIPOTESIS DE TRABAJO.

La calidad de vida es menor en pacientes obesos con síntomas de dispepsia.

HIPÓTESIS NULA.

No existe relación entre síntomas de dispepsia y obesidad con la calidad de vida.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Diseño: Estudio Comparativo Transversal Prospectivo Observacional.

Lugar y periodo de realización: La recolección de datos se realizó durante el periodo comprendido del 1ro de Octubre del 2016 al 15 de Noviembre del 2016 en la sala de espera de consulta externa de la Unidad Médico Familiar No.27 (U.M.F. No.27) de Tijuana BC. En sus 81 consultorios, durante ambos turnos, seleccionando a los pacientes que acudan a solicitar atención médica.

Selección y tamaño de la muestra: El tipo de muestra es no probabilístico, por cuotas, dirigido por criterios. El tamaño de muestra se determinó de acuerdo a la siguiente formula en base a una estimación estándar al 50% al no haber informes en la literatura publicada donde se asocie obesos que cursen con síntomas de dispepsia.

$$N = \frac{Z^2 \times P(1 - P)}{m^2}$$

Dónde: N: número de la muestra.

Z: nivel de significancia (1.96 para un nivel de confianza del 95%).

P: prevalencia estimada de la población a estudiar.

m: margen de error (5%).

Resultando un tamaño de muestra de 384 pacientes.

Definición de caso: Hombres y mujeres, desde os 20 años de edad hasta los 59 años de edad derechohabientes de UMF No 27, quién presenten pirosis, náuseas, vómitos, saciedad precoz, sensación de plenitud postprandial, distensión gástrica, dolor o malestar referido en la parte central y la mitad superior del abdomen de

forma intermitente de intensidad moderada por lo menos una vez por semana, y que cursen con obesidad.

Definición de control: Hombres y mujeres, desde los 20 años de edad hasta los 59 años de edad derechohabientes de UMF No 27, quién presenten pirosis, náuseas, vómitos, saciedad precoz, sensación de plenitud postprandial, hinchazón gástrica, dolor o malestar referido en la parte central y la mitad superior del abdomen de forma intermitente de intensidad moderada por lo menos una vez por semana, y que no curse con obesidad.

Pareamiento: Por edad ± 10 años.

Criterios de Inclusión: Hombres y mujeres, de 20 a 59 años de edad, con síntomas de dispepsia, derechohabientes del IMSS, que acudan a la consulta externa de la UMF No 27, que hayan firmado la carta de consentimiento informado.

Criterios de no Inclusión: Hombres y mujeres menores 20 años y mayores a 59 años de edad, con diagnóstico de alguna enfermedad conocida que se asocie a dolor abdominal (Enfermedad hepática, Enfermedad úlcera péptica, ERGE, CA [gástrico o esófago, páncreas, hígado], Diabetes mellitus, isquemia mesentérica, pancreatitis crónica, cirugía gástrica, trastorno metabólicos (uremia, hipocalcemia, hipotiroidismo), enfermedad sensible al gluten o que empleen medicamentos que provoquen dolor abdominal (hierro, digoxina, teofilina, eritromicina, claritromicina, potasio), sin adscripción a UMF No. 27, no derechohabientes del IMSS.

Criterios de exclusión: Paciente que no firme consentimiento informado, que no acepte participar, que llene de manera incompleta los cuestionarios.

Método.

En la sala de espera de consulta externa de UMF No.27, se realizó la aplicación de test de calidad de vida a los pacientes obesos y sus controles que acudan a consulta del médico familiar en los diferentes consultorios asignado a esta unidad, en ambos turnos y que cumplieran con los criterios de inclusión.

Se elaboró una encuesta que contiene variables sociodemográficas, tales como nombre, edad, escolaridad, ocupación, entre otras.

Se tomaron los datos de acuerdo a las respuestas proporcionadas en los test aplicados de aquellos que acudieron a consulta con su médico familiar en los diferentes consultorios asignados a esta unidad.

Para medir la calidad de vida se utilizó el cuestionario DRHS(QoL-PEI) en su adaptación al castellano, consta de 4 subescalas que componen las dimensiones que evalúan la calidad de vida relativa a la dispepsia. Estas subescalas son a) gravedad o intensidad de los síntomas habituales; b) intensidad del dolor; c) discapacidad debida al dolor, y d) satisfacción con la salud relativa a la dispepsia. Todas las escalas se miden de 0 a 100, donde 0 indica el estado de calidad de vida menos favorable y 100 el estado más favorable.

Referencia del dolor de los distintos síntomas habituales.

Los ítems sobre la intensidad de los síntomas habituales preguntan al sujeto la intensidad (o gravedad) con que éste percibe cada uno de los ocho síntomas (dolor en la boca del estómago, eructos o “se me viene la comida a la boca”, ardor de estómago, hinchazón de tripa ventosidades, mal sabor de boca, náuseas vómito y mal aliento). La gravedad percibida de cada síntoma se valoran mediante

un único ítem y la suma de las puntuaciones en todos los ítems da lugar a la puntuación global de la gravedad. El sistema de respuesta es tipo Likert y va de cero a cuatro puntos.

Escalas del dolor exclusivamente de estómago.

El dolor percibido es evaluado mediante dos escalas: una de intensidad del dolor de estómago o malestar intestinal y otra de discapacidad debido al dolor. La intensidad se evalúa a partir de las puntuaciones en tres aspectos, el dolor actual, el dolor más intenso de los 3 últimos meses y el dolor promedio en los 3 últimos meses. La suma de las evaluaciones en los tres ítems constituye la puntuación global de intensidad del dolor. El sistema de respuesta es de tipo Likert y va de cero a diez puntos.

Discapacidad del dolor (Repercusión del dolor en la vida del paciente).

La escala de discapacidad debida al dolor se calcula a partir de las valoraciones en 3 ítems que evalúan el grado de interferencia del dolor: a) en las actividades diarias; b) en las actividades no laborales, y c) en las actividades laborales. El sistema de respuesta es de tipo Likert y va de cero a diez puntos. El sistema de respuesta es de tipo Likert y va de cero a diez puntos.

Satisfacción con la salud relativa a la dispepsia (Percepción que el paciente tiene de su calidad de vida).

Dado que un mismo grado de dolor puede afectar y ser percibido de distinta manera por distintas personas, la escala de satisfacción con la salud relativa a la dispepsia intenta evaluar la actitud ante los problemas de salud debidos a la dispepsia en el sentido del grado de preocupación y control percibidos sobre la enfermedad. Dos ítems se encuentran formulados en forma positiva y dos en

forma negativa (a mayor puntuación menor satisfacción). La suma de las evaluaciones en los 4 ítems (corregidas según su formulación) constituye la evaluación global de satisfacción. El sistema de respuesta es de tipo Likert y va de uno a cinco puntos.

MÉTODO DE OBTENCIÓN DE LAS PUNTUACIONES EN ESCALA 0-100

Subescala	Escala Original		Escala derivada	
	Medida	Rango	Cálculo	Rango
Gravedad de los síntomas habituales	SH	0-32	$100 \times ([32 - SH] / 32)$	0-100
Intensidad del dolor	ID	0-30	$100 \times ([30 - ID] / 30)$	0-100
Discapacidad debida al dolor	DD	0-30	$100 \times ([30 - DD] / 30)$	0-100
Satisfacción con la salud	SS	4-20	$100 - ([SS - 4] \times 100 / 16)$	0-100
Escala Total	T=SH+ DD+SS	4-112	$100 - ([T - 4] \times 100 / 108)$	0-100

SH: síntomas habituales; ID: intensidad del dolor; DD: incapacidad debida al dolor; SS: satisfacción con la salud.

PLAN DE ANÁLISIS DE RESULTADOS

- Se utilizó estadística descriptiva:
 - Cuantitativas (Media, mediana, moda, porcentajes, frecuencias).
 - Medidas de dispersión (amplitud o rango, desviación estándar, rango intercuartiles).
 - Medidas de tendencia central, porcentajes y frecuencia.
- Se empleó estadística no paramétrica: Prueba chi cuadrada para análisis bivariado y prueba de diferencia de media, para evaluar calidad de vida entre casos y controles.
- Las diferencias estadísticamente significativas se considerarán con valores de $p \leq 0.05$.
- Se analizaron los resultados con programa estadístico SPSS versión 21.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLE.	DEFINICIÓN OPERATIVA, INDICADOR.	ESCALA DE MEDICIÓN.
Edad.	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento. (Años cumplidos)	Cuantitativa Discreta 20 a 40 años.
Sexo.	Características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos, que los define como macho y hembra. Se reconoce a partir de datos corporales genitales; el sexo es una construcción natural, con las que se nace.	Cualitativa nominal. 1: Masculino. 2: Femenino.
Nivel nutricional.	Se clasifica fundamentalmente con base en el índice de masa corporal (IMC) o índice de Quetelet, que se define como el peso en kg dividido por la talla expresada en metros y elevada al cuadrado, en el adulto un $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ determina obesidad	Ordinal. 1. Normal => $IMC 18.5 - 24.9 \text{ Kg/m}^2$ 2. Sobrepeso => $IMC 25.0 - 29.9 \text{ Kg/m}^2$ 3. Obesidad => $IMC \geq 30 \text{ Kg/m}^2$
Lugar de origen.	Lugar donde nació o residencia habitualmente antes de vivir en la ciudad local donde se realiza el estudio. De acuerdo a las 5 regiones operativas de la política de seguridad del país actual.	Cualitativa nominal. 1: Noroeste (Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Sinaloa, Sonora). 2: Noreste (Coahuila, Durango, Nuevo León, San Luis Potosí y Tamaulipas). 3: Centro (Distrito Federal, Estado de México, Guerrero, Hidalgo Morelos, Puebla y Tlaxcala). 4: Occidente (Aguas Calientes, Colima, Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Nayarit, Querétaro y Zacatecas). 5: Sureste (Campeche, Chiapas, Oaxaca, Quintana Roo, Tabasco Veracruz y Yucatán).
Escolaridad	Grados de estudios cursados máximo.	Cualitativa nominal. 1: Analfabeta. 2: Primaria incompleta. 3: Primaria completa. 4: Secundaria incompleta. 5: Secundaria completa. 6: Preparatoria incompleta. 7: Preparatoria completa. 8: Licenciatura. 9: Otra.
Religión.	Creencia religiosa que Profesa o práctica.	Cualitativa nominal. 0: Ninguna. 1: Católica. 2: Cristiana. 3: Testigo de Jehova. 3: Otra.
Ocupación.	Empleo u oficio.	Cualitativa nominal. 1: Empleado. 2: Trabajador independiente. 3: Jubilado/Pensionado. 4: Ama de casa. 5: Estudiante. 6: Trabaja y estudia. 7: Sin ocupación.
Estado Civil.	Condición Particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro o de su mismo sexo.	Cualitativa nominal. 1: Soltero(a). 2: Casado(a) 3: Separado/ Divorciado 4: Unión Libre. 5: Viudo.
Con quien vive.	Red de apoyo.	Cualitativa nominal. 1: Solo. 2: Con familia.

		3: Con amigos.
Consumo AINES, excepto Aspirina, ibuprofeno.	De acuerdo a asociación entre dispepsia y aines, descritos REVISTA IMSS. Ibuprofeno, naproxen, sulindaco, piroxicam, ketoprofeno.	Dicotómica. 0: No 1: Sí
Consumo Solamente de Aspirina.	Ocurrencia de conductas relativas al consumo de Aspirina.	Dicotómica. 0: No 1: Sí
Tiene diagnóstico de alguna enfermedad relacionada con dispepsia.	Diagnostico previamente realizado por su médico familiar.	Dicotómica. 0: No 1: Sí
Consumo de otro medicamento que provoque dolor.	Se enlistan medicamentos considerados por su composición capaz de producir síntomas sugestivos de dispepsia.	Dicotómica. 0: No 1: Sí
Intensidad de síntomas habituales.	Síntomas habituales del dolor de acuerdo a cuestionario de calidad de vida DHRS (QoL-PEI) en su adaptación al castellano. a) Dolor en la boca del estómago, b) Eructos, c) Ardor de estómago, d) Hinchazón de tripa, e) Ventosidades, f) Mal sabor de boca, g) Náuseas, h) Mal aliento.	Cualitativa Ordinaria. 1: Ninguna molestia. 2: Leve (Se puede ignorar si no se piensa en ello). 3: Moderada (No es posible ignorar pero no afecta). 4: Grave (Afecta la concentración necesaria para las actividades diarias). 5: Muy Grave (Influye sobre mis actividades diarias y requiere reposo).
Intensidad del dolor de estómago o malestar intestinal.	Intensidad del dolor de acuerdo a cuestionario de calidad de vida DHRS (QoL-PEI) en su adaptación al castellano. a) En este momento, b) El dolor más intenso en los últimos tres meses, c) En los últimos tres meses y por término medio.	Cualitativa Ordinaria. (Escala tipo likert) 0: Ninguna molestia. 1. . . . 10. Máximo molestia.
Incapacidad debida al dolor.	Incapacidad debida al dolor de acuerdo a cuestionario de calidad de vida DHRS (QoL-PEI) en su adaptación al castellano. a) En los últimos 3 meses ¿Cuánto ha interferido en mi vida diaria?, b) En los últimos tres meses, ¿cuánto ha interferido en mis relaciones con la familia?, c) En los últimos tres meses, ¿Cuánto ha interferido en mi trabajo y tareas domésticas?.	Cualitativa Ordinaria. (Escala tipo likert) 0: Ninguna molestia. 1. . . . 10. Máximo molestia.
Satisfacción con la salud debida a los problemas de estómago o intestinal.	Satisfacción en relación con su salud de acuerdo a cuestionario de calidad de vida DHRS (QoL-PEI) en su adaptación al castellano. a) Estoy contento con mi salud y no tengo problemas de estómago ni intestinales, b) Mi dolor de estómago o molestia intestinal interfieren muchísimo con mi vida diaria, c) Me tranquiliza ver que mi dolor de estómago o molestia intestinal parecen controlados. d) Estoy preocupado por mi dolor de estómago o molestia intestinal.	Cualitativa Ordinaria. 1: Totalmente de acuerdo. 2: Algo de acuerdo. 3: No lo sé. 4: Algo en desacuerdo. 5: Totalmente en desacuerdo.

ASPECTOS ÉTICOS.

- El desarrollo de este protocolo estuvo en Apego a la Declaración de Helsinki.
- Al artículo 98 de la Ley general de salud en relación a la investigación en seres humanos.
- Cumpliendo los Lineamientos de los proyectos de investigación en salud del IMSS.
- Siendo sometido a aprobación por el Comité Local de Investigación del IMSS.
- Autorización de autoridades de la unidad UMF27.
- Se solicitó carta de consentimiento informado, para realizar cuestionario de calidad de vida.
- Aquellos pacientes que presenten alteración en el estado nutricional y/o alteración en calidad de vida, fueron referidos con su Médico familiar, para su atención integral con una anotación dirigida donde se especifica los resultados obtenidos.

RECUROS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.

- **FACTIBILIDAD:**

Se contó con el recurso humano y material para realizar este protocolo de investigación.

- **RECURSOS:**

Los propios del investigador.

- **FINANCIAMIENTO:**

Recursos asumidos por el investigador.

BIOSEGURIDAD

No represento problema con la bioseguridad.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

ACTIVIDADES	AÑO 2016											
	ABRIL	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
	2015	2016	2016	2016	2016	2016	2016	2016	2016	2016	2016	2016
ELABORACION DEL PROTOCOLO												
REGISTRO DEL PROTOCOLO												
DESARROJO DEL PROYECTO												
RESULTADOS												
ANALISIS DE RESULTADOS Y DISCUSION												
REPORTE FINAL DE LA INVESTIGACION												

RESULTADOS.

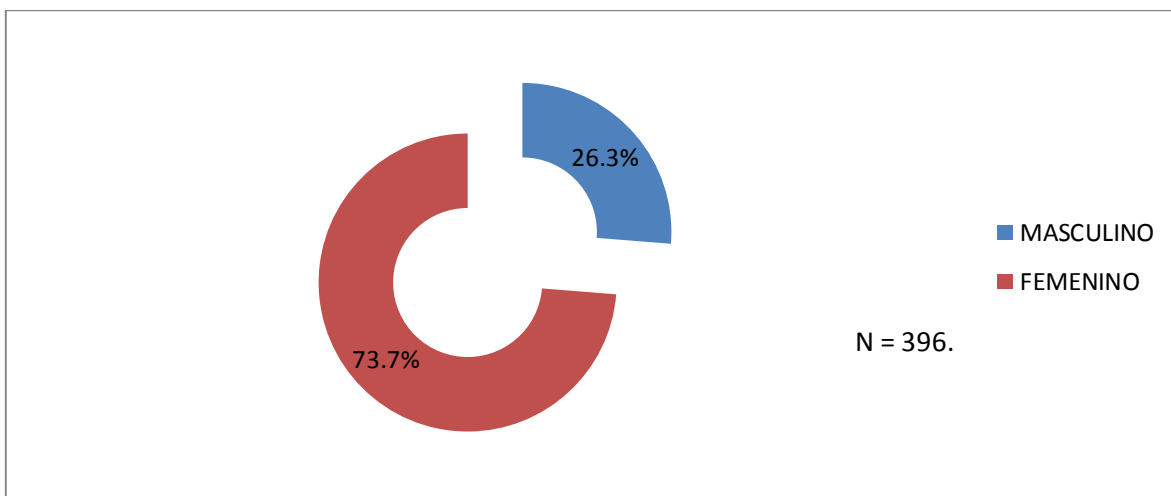
En el periodo de 29 de septiembre a 11 de noviembre del 2016, se llevó a cabo la aplicación de encuestas para el protocolo de investigación en cuestión a un total de 396 pacientes (N=396), que cumplían con los criterios de inclusión el diseño del estudio.

Bajo consentimiento previamente informado y se resolvió el cuestionario satisfacción de calidad de vida para pacientes con síntomas de dispepsia.

Datos clínicos sociodemográficos.

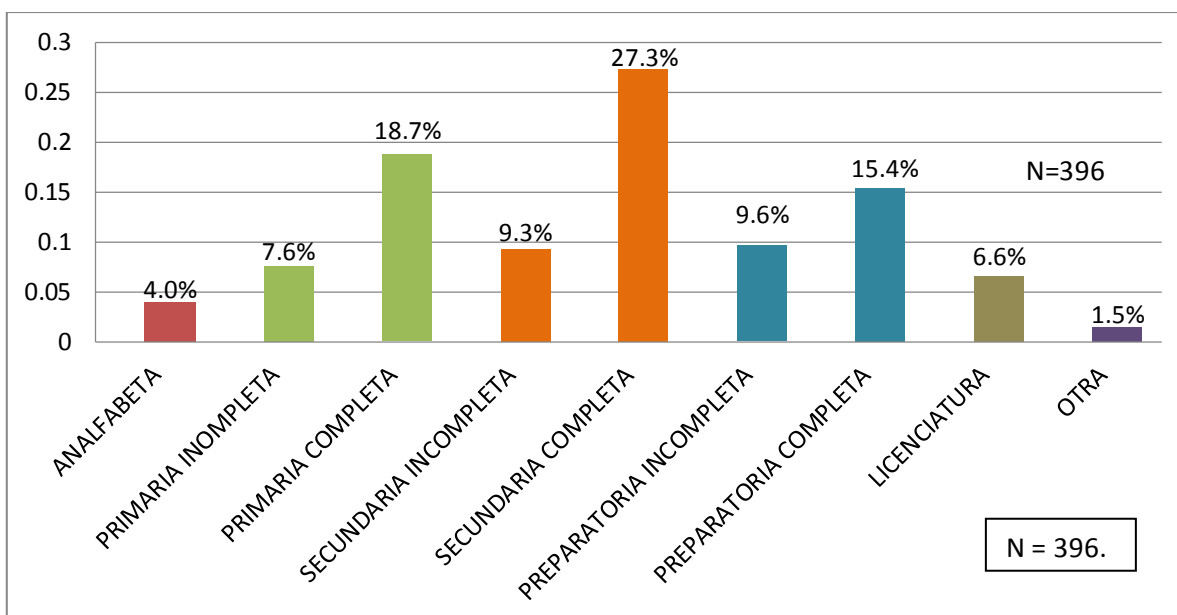
Respecto a los datos sociodemográficos analizados el 73.7% (N=292) fueron mujeres y el 26.3% (N=104) hombres, la media de edad encontrada en nuestros pacientes fue de 36.35 años; Gráfica 1. Los rango de edad de los pacientes encuestado fueron los siguientes: 20-29 años 33.3% (N=132), 30-39 años 31.3% (N=124), 40-49 años 21.7% (N=86), 50-59 años 13.6% (N=54).

GRÁFICA 1. Distribución de los participantes de acuerdo a su género.



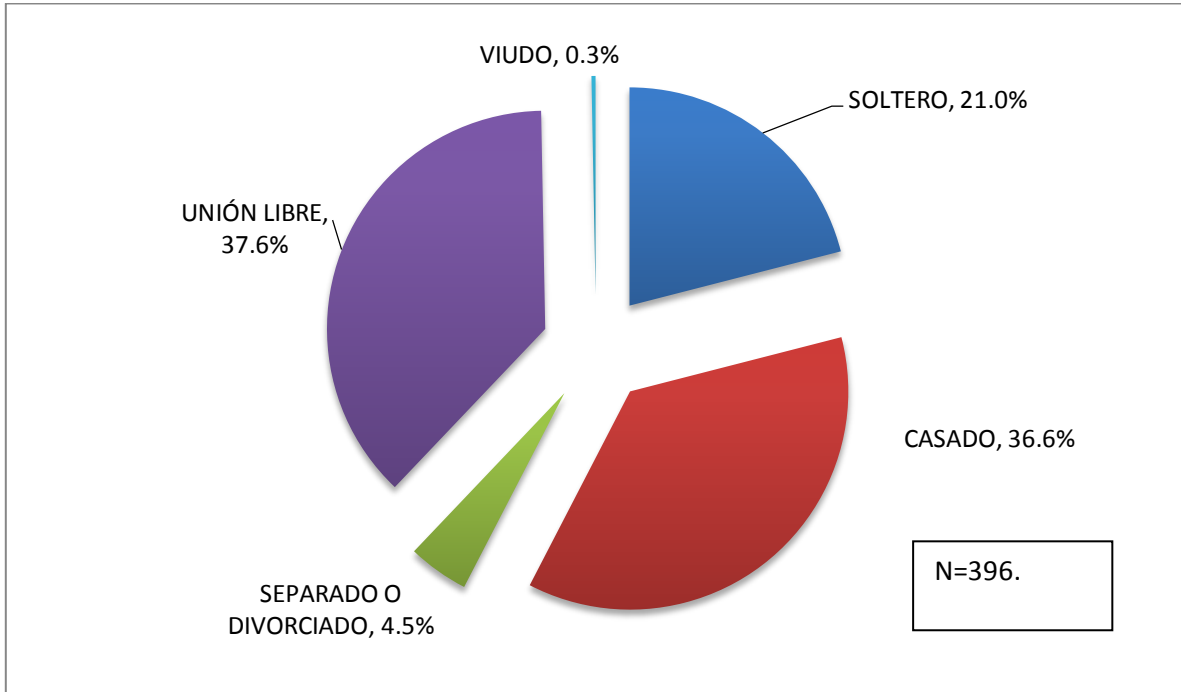
En relación a la escolaridad, el porcentaje mayor se encontró entre el grupo de secundaria completa 27.3% (N=108), seguido de primaria completa 18.7% (N=74), posteriormente preparatoria completa 15.4% (N=61), el nivel licenciatura con porcentaje de 6.6% (N=26), existiendo todavía quienes son analfabetas en 4% (N=16); Gráfica 2.

GRÁFICA 2. Distribución de los participantes según su escolaridad.



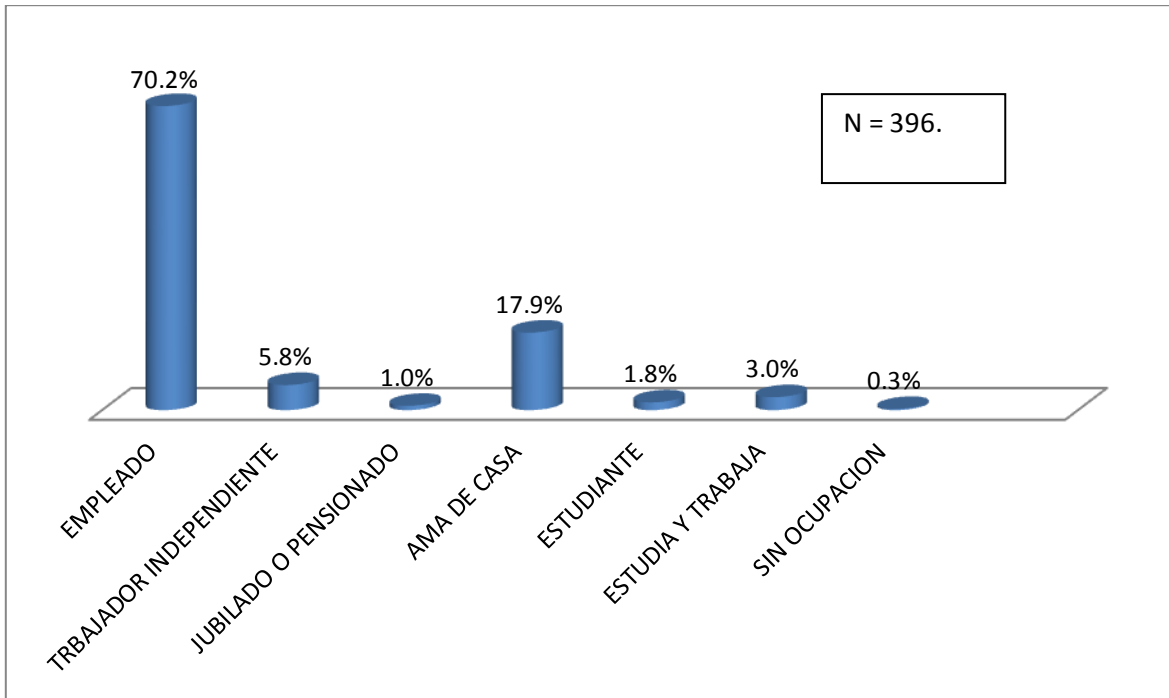
Los resultados obtenidos respecto a su estado civil fue de que el 37.6% (N=149) estaban en unión libre, seguidos con mínima diferencia los casados 36.6% (N=145), solteros 21% (N=83), divorciados/separados 4.5% (N=18), y viudo 0.3% (N=1). Gráfica3.

GRÁFICA 3. Distribución de los participantes de acuerdo a su estado civil.



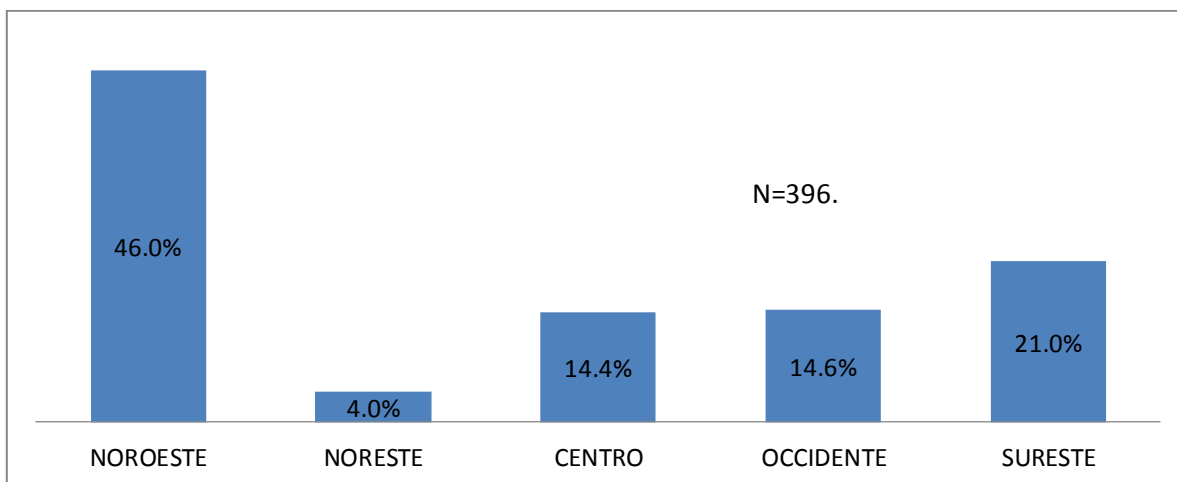
Respecto a su ocupación, el 70.2% (N= 278) se dedica al empleo formal, el 17.9 % (N=71) son amas de casa, 5.8% (N=23) fueron trabajadores independientes, un 3% (N=12) estudia y trabaja y, 1.8% (N=7) son solo estudiantes y, 1% (N=4) son jubilados o pensionados, resultando un 0.3% (N=1) sin ocupación. Gráfica 4.

GRÁFICA 4. Distribución de los participantes de acuerdo a su ocupación.



Conforme a su zona geográfica originaria de los participantes del estudios se obtuvo que 46%(N=182) provienen de la región del Noroeste, 21% (N=83) Sureste, 14.6 (N=58) del Occidente, 14.4% (N=57) del centro y, 4% (N=16) del Noreste. Gráfica 5.

GRÁFICA 5. Distribución de los participantes de acuerdo a su zona geográfica de procedencia.

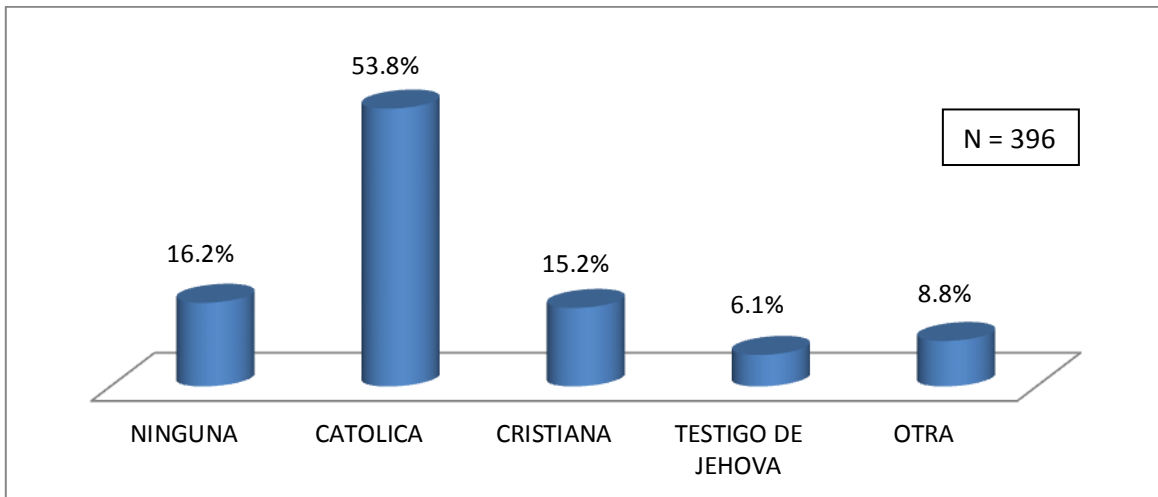


Distribución de la población de estudio de acuerdo a la zona geográfica procedente conforme a las 5 nomenclaturas regionales operativas, de la política vigente de seguridad nacional del país (2012-2018):

- Noroeste (Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Sinaloa, Sonora).
- Noreste (Coahuila, Durango, Nuevo León, San Luis Potosí y Tamaulipas).
- Centro (Distrito Federal, Estado de México, Guerrero, Hidalgo Morelos, Puebla y Tlaxcala).
- Occidente (Aguas Calientes, Colima, Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Nayarit, Querétaro y Zacatecas).
- Sureste (Campeche, Chiapas, Oaxaca, Quintana Roo, Tabasco Veracruz y Yucatán).

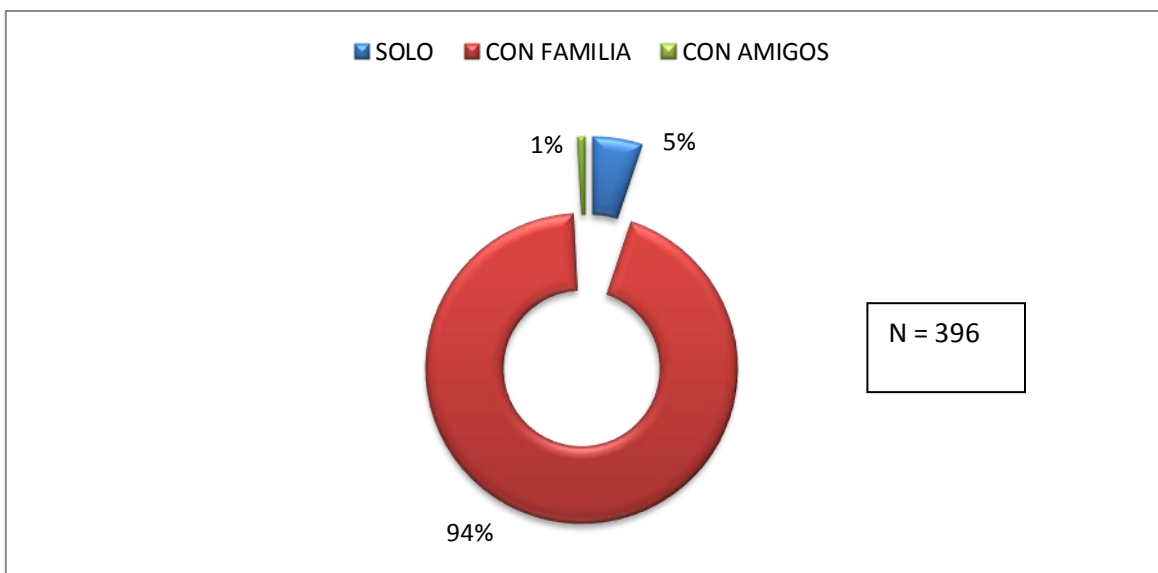
Los resultados obtenidos de los participantes del estudio en base a la religión que profesan fueron, 16.2% (N=64) ninguna religión, 53.6% (N=213) religión católica, 15.2% (N=60) religión cristiana, 6.1% (N=24) religión testigo de Jehová, 8.8% (N=35) otra religión. Gráfica 6.

GRÁFICA 6. Distribución de los participantes de acuerdo a sus preferencias religiosas.



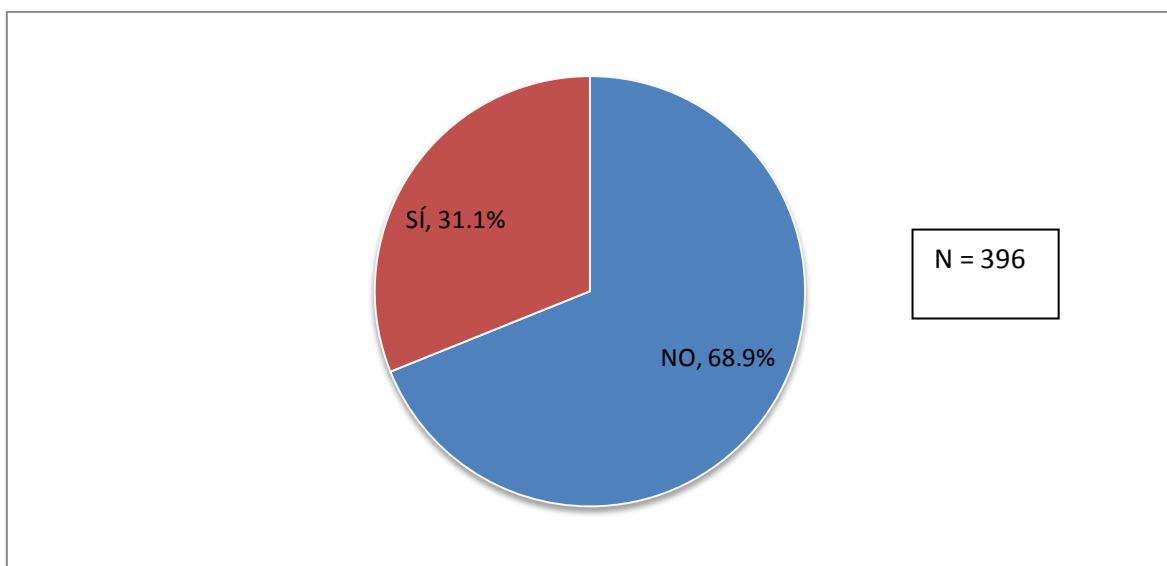
De los resultados en las encuestas aplicadas en relación a con quienes cohabitan los participantes se obtuvo que 94.2% (N=373) vive con familia, 5.1% (N=20) vive solo y, 0.8% (N=3) vive con amigos. Gráfica 7.

GRÁFICA 7. Distribución de los participantes de acuerdo a con quienes cohabita.



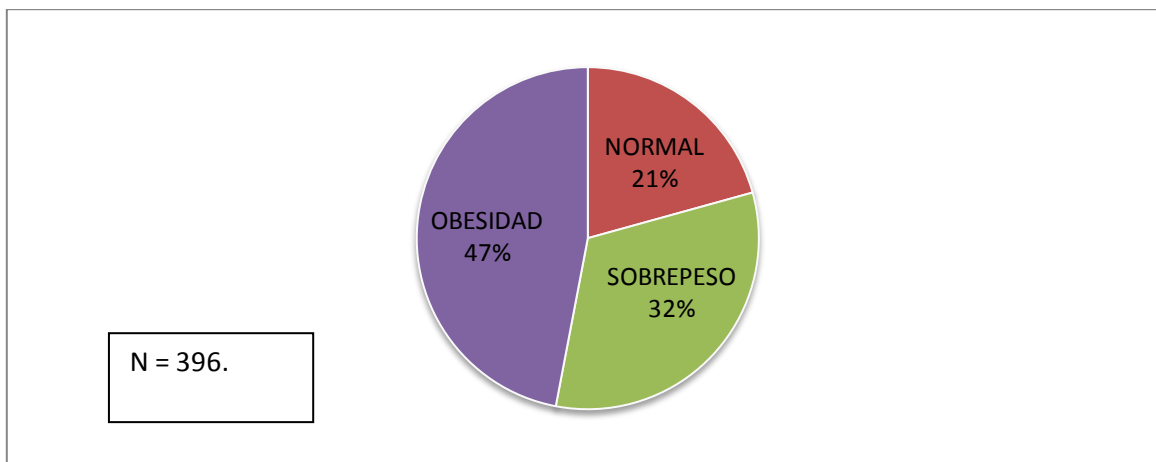
Se identificó que de los participantes del estudio el 31.1% (N=123) emplean AINES, el resto 68.9% (N=273) no. Gráfica 8. Así también se obtuvo que 7.1% (N=26) inadecuadamente emplean dos o más AINES. Siendo los tres principales Aines empleados el Naproxeno 17.7%(N=70), le sigue el Ibuprofeno 5.8% (N=23) y, en tercer lugar la aspirina 4.8% (N=19).

GRÁFICA 8. Consumo de Aines presente en los participantes del estudio.



La distribución de los participantes en el estudio conforme a la clasificación en base a su IMC de acuerdo a la OMS, se encontró que el 20.7% (N=82) estaba en su peso normal, 32.3%(N=128) se encontraba con sobrepeso y el 47% (N=186) se ubicaba en la categoría de obesidad. Gráfica 9.

GRÁFICA 9. Distribución de peso de acuerdo a la OMS.



DISTRIBUCIÓN DE PESO DE ACUERDO A LA OMS. Clasificación fundamentalmente con base en el índice de masa corporal (IMC) o índice de Quetelet, que se define como el peso en kg dividido por la talla expresada en metros y elevada al cuadrado, de acuerdo a la OMS. Dónde: Normal (IMC 18.5 - 24.9 Kg/m²), Sobrepeso (IMC 25.0 – 29.9 Kg/m²), Obesidad (IMC ≥30 Kg/m²).

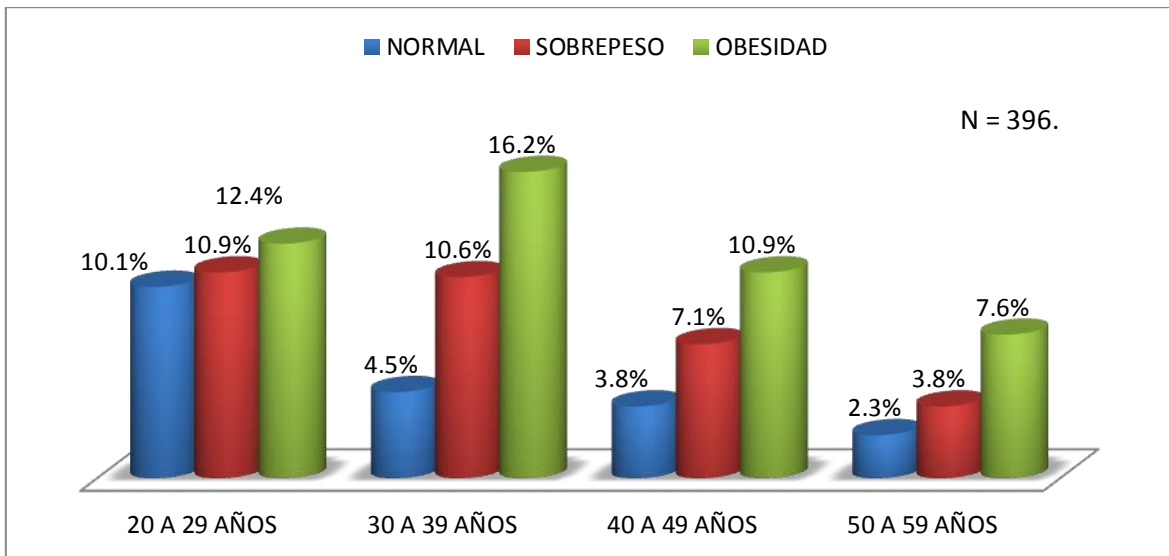
En los resultados del estudio se registraron pesos de hasta 160 kg con respectivos IMC de 48.66. La media de peso fue de 76.22 y su IMC de 29.66.

Tabla 1.

TABLA 1. Frecuencias de peso e IMC.

	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA
PESO	48	160	76.22
IMC	19.03	48.66	29.66

GRÁFICA 10. Distribución de IMC de acuerdo a grupos de edad.



La gráfica 10, representa el peso de los participantes por grupos de edades +/- 10 años y, acorde a su IMC, lo que es notable que en cada grupo sobresale la categoría de obesidad, y la tendencia mayor en participantes de menor edad.

ANÁLISIS BIVARIADO DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LAS ESCALA DE SATISFACCIÓN DE CALIDAD DE VIDA.

Tabla 2. Asociación estadística de las variables sociodemográficas y las escala de satisfaccón de calidad de vida.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS		FRECUENCIA	N	ESCALA DE SATISFACCIÓN				P	
				≤ 75%	N	>75%	N		
ESCOLARIDAD	ANALFABETA	4.0%	16	2.8%	11	12.6%	50	0.5	
	PRIMARIA	INCOMPLETA	7.6%	30	5.1%	20	2.5%		10
		COMPLETA	18.7%	74	8.8%	35	9.8%		39
	SECUNDARIA	INCOMPLETA	9.3%	37	4.8%	19	4.5%		18
		COMPLETA	27.3%	108	13.1%	52	14.1%		56
	PREPARATORIA	INCOMPLETA	9.6%	38	4.5%	18	5.1%		20
		COMPLETA	15.4%	61	7.3%	29	8.1%		32
LICENCIATURA	6.6%	26	3.3%	13	3.3%	13			
OTRA	1.5%	6	1.0%	4	0.5%	2			
ORIGEN	NOROESTE	46.0%	182	23.0%	91	23.0%	91	0.05	
	NORESTE	4.0%	16	3.3%	13	0.8%	3		
	CENTRO	14.4%	57	8.3%	33	6.1%	24		
	OCCIDENTE	14.6%	58	7.1%	28	7.6%	30		
	SURESTE	21.0%	83	9.1%	36	11.9%	47		
RELIGIÓN	NINGUNA	16.2%	64	7.3%	29	8.8%	35	0.5	
	CATÓLICA	53.6%	213	27.3%	108	26.5%	105		
	CRISTIANA	15.2%	60	7.3%	29	7.8%	31		
	TESTIGO DE JEHOVÁ	6.1%	24	3.8%	15	2.3%	9		
	OTRA	8.8%	35	5.1%	20	3.8%	15		

Continúa en la página siguiente ...

Continuación tabla 2...

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS		FRECUENCIA	N	ESCALA DE SATISFACCIÓN				P
				≤ 75%	N	>75%	N	
OCUPACIÓN	EMPLEADO	70.2%	278	33.8%	134	36.4%	144	0.5
	TRABAJADOR INDEPENDIENTE	5.8%	23	3.5%	14	2.3%	9	
	JUBILADO O PENSIONADO	1.0%	4	0.5%	2	0.5%	2	
	AMA DE CASA	17.9%	71	10.1%	40	7.8%	31	
	ESTUDIANTE	1.8%	7	1.3%	5	0.5%	2	
	ESTUDIA Y TRABAJA	3.0%	12	1.5%	6	1.5%	6	
	SIN OCUPACIÓN	0.3%	1	0.0%	0	0.3%	1	
ESTADO CIVIL	SOLTERO	21.0%	83	11.9%	47	9.1%	36	0.2
	CASADO	36.6%	145	19.2%	76	17.4%	69	
	SEPARADO O DIVORCIADO	4.5%	18	1.5%	6	3.0%	12	
	UNION LIBRE	37.0%	149	17.9%	71	19.7%	78	
	VIUDO	0.3%	1	0.3%	1	0.0%	0	
COHABITA	SOLO	5.1%	20	3.5%	14	1.5%	6	0.04
	CON FAMILIA	94.2%	373	47.2%	187	47.0%	186	
	CON AMIGOS	0.8%	3	0.0%	0	0.8%	3	
CONSUMO DE AINES	NO	68.9%	273	32.1%	127	36.9%	146	0.01
	SÍ	31.1%	123	18.7%	74	12.4%	49	
	2 O MAS AINES	7.1%	26	5.6%	22	1.5%	6	0.002
	SOLO ASPIRINA	4.5%	18	3.0%	12	1.5%	6	0.1
	IBUPROFENO	5.8%	23	3.8%	15	2.0%	8	0.03
	KETOPROFENO	0.3%	1	0.0%	0	0.3%	1	
	NAPROXEN	17.7%	70	9.3%	37	8.3%	33	
	SULINDACO	0.8%	3	0.8%	3	0.0%	0	
PIROXICAM	1.8%	7	1.5%	6	0.3%	1		
GRUPO DE EDADES	20-29 AÑOS	33.3%	132	13.9%	64	17.2%	68	0.5
	30-39 AÑOS	31.3%	124	13.9%	64	15.2%	60	
	40-49 AÑOS	21.7%	86	13.9%	44	10.6%	42	
	50-59 AÑOS	13.6%	54	13.9%	29	6.3%	25	

De la tabla 2:

Los resultados de la escolaridad y la escala de satisfacción de calidad de vida no se encontró asociación positiva, se obtuvo una $P:0.5$.

En base al origen de la población, predomina la región Noroeste, posteriormente la región Sureste del país ocupó segundo lugar en frecuencia y, en tercer lugar lo comparten el Centro y Noroeste del país, el Noreste es mínima la población encuestada. Donde el análisis estadístico mostró una asociación significativa con la escala de satisfacción de calidad de vida con una $P:0.05$.

Los resultados estadísticos de la población estudiada y la preferencia de su religión no se encontró asociación significativa para los resultados en la escala de satisfacción de calidad de vida, con una $P:0.5$.

Los resultados de acuerdo a su ocupación no existió asociación significativa con la escala de satisfacción de calidad de vida, con una $P:0.5$.

El estado civil de las personas encuestadas no hubo una asociación significativa con la escala de satisfacción de calidad de vida, se obtuvo una $P:0.2$.

En cuanto a los resultados de con quien cohabita los pacientes en estudio, se obtuvo una asociación significativa con la escala de satisfacción de calidad de vida, y una $P:0.04$. Así se refuerza el concepto que la familia es una muy buena red de apoyo.

Inclusive a mayor número de años menor calidad de vida, donde se vuelve más significativa la asociación de estas variables con una $P:0.002$.

Los resultados en asociación con los aines de quienes sufren de síntomas de dispepsia fue de que estadísticamente existe una asociación positiva al obtener menor calidad de vida a aquellos que consumen AINES, donde la P:0.01

En cambio el empleo solo de aspirina como AINE, no presenta asociación positiva con los resultados en la calidad de vida en quienes sufren síntomas de dispepsia, con P: 0.1.

Se dividió a la población estudiada por grupos de +/- 10 años de edad observándose que antes de los 30 años de edad predomina la población sin obesidad, después de los 29 años en adelante la obesidad es predominante, y el análisis estadístico no presenta asociación significativa con la escala de satisfacción de calidad de vida, obteniendo una P: 0.5.

Para la comprobación de la hipótesis de trabajo se empleó la prueba estadística de U Mann-Whitney. Donde los pacientes no obesos con IMC menor de 30 (N=206) y los pacientes obesos con IMC mayor o igual a 30 (N=190), en contraste con los resultados obtenidos de la encuesta satisfacción de calidad de vida para pacientes con síntomas de dispepsia DHRS(QoL-PEI) se obtuvo una significancia asintótica de 0.151. No existiendo diferencias entre grupos. Tabla 3.

Tablas 3. Prueba de Mann-Whitney. Cruce de variables IMC de forma agrupada (independientes) contra la Escala Total de calidad de vida (dependiente).

IMC (agrupado)	N	Rango promedio	Suma de Rangos
≤29.99	206	190.57	39257.5
30	190	207.10	39348.5
Total	396		

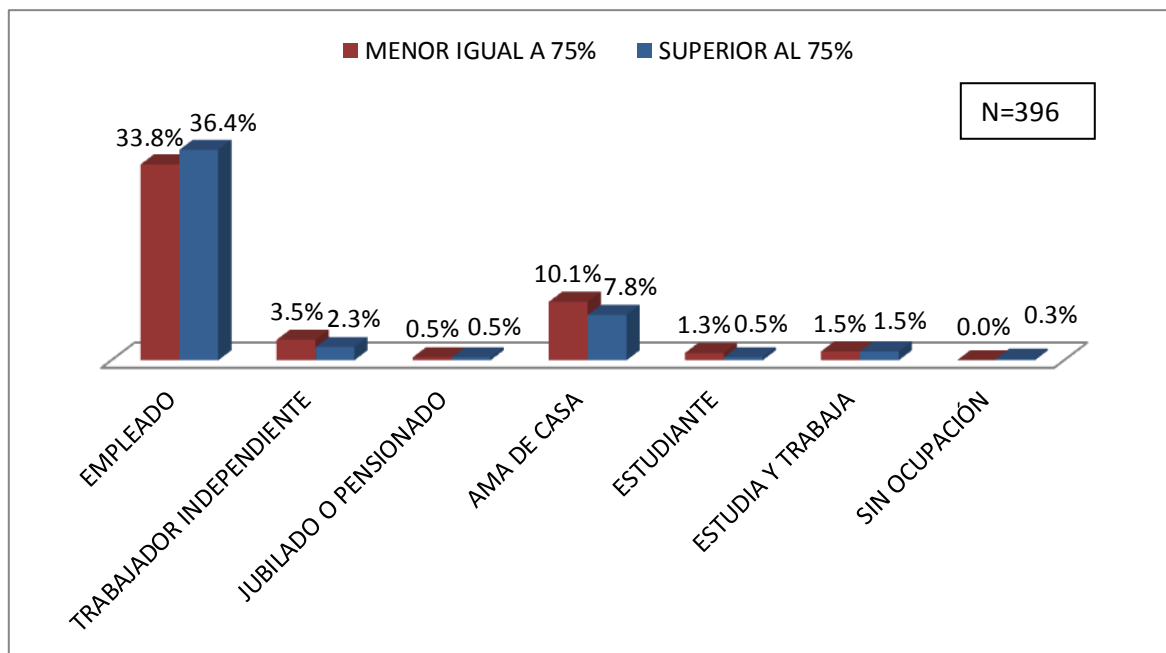
Estadístico de contraste (IMC agrupado).

	ESCALA TOTAL
U de Mann-Whitney	17936.500
W de Wilcoxon	39257.500
Z	-1.436
Sig. Asintót (bilateral)	0.151

La media de la escala de satisfacción de calidad de vida de todos los participantes del estudio fue 78.5%, de donde 50.8% (N=201) se identificaron con calidad de vida de no más de 75% y el 49.2% (N=195) refirieron una calidad de vida superior al 75%.

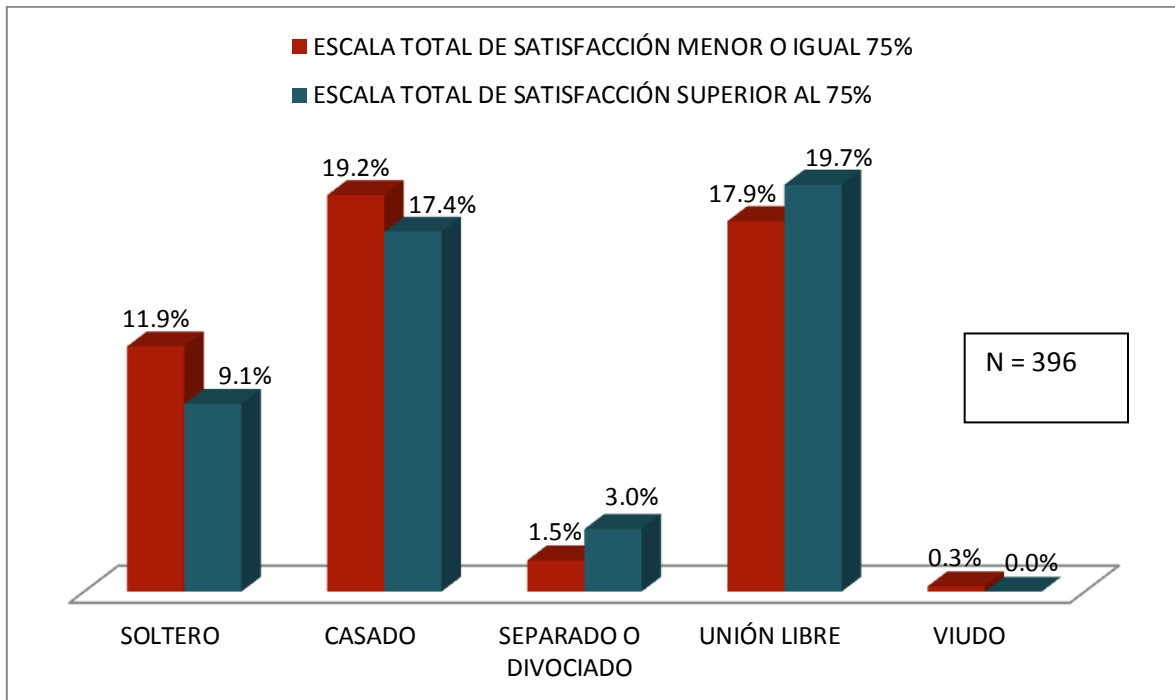
COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS CON ALGUNAS DE LAS PRINCIPALES VARIABLES.

GRÁFICA 10. Distribución de los participantes de acuerdo a su ocupación y, su relación con los resultados en la escala de satisfacción de calidad de vida.



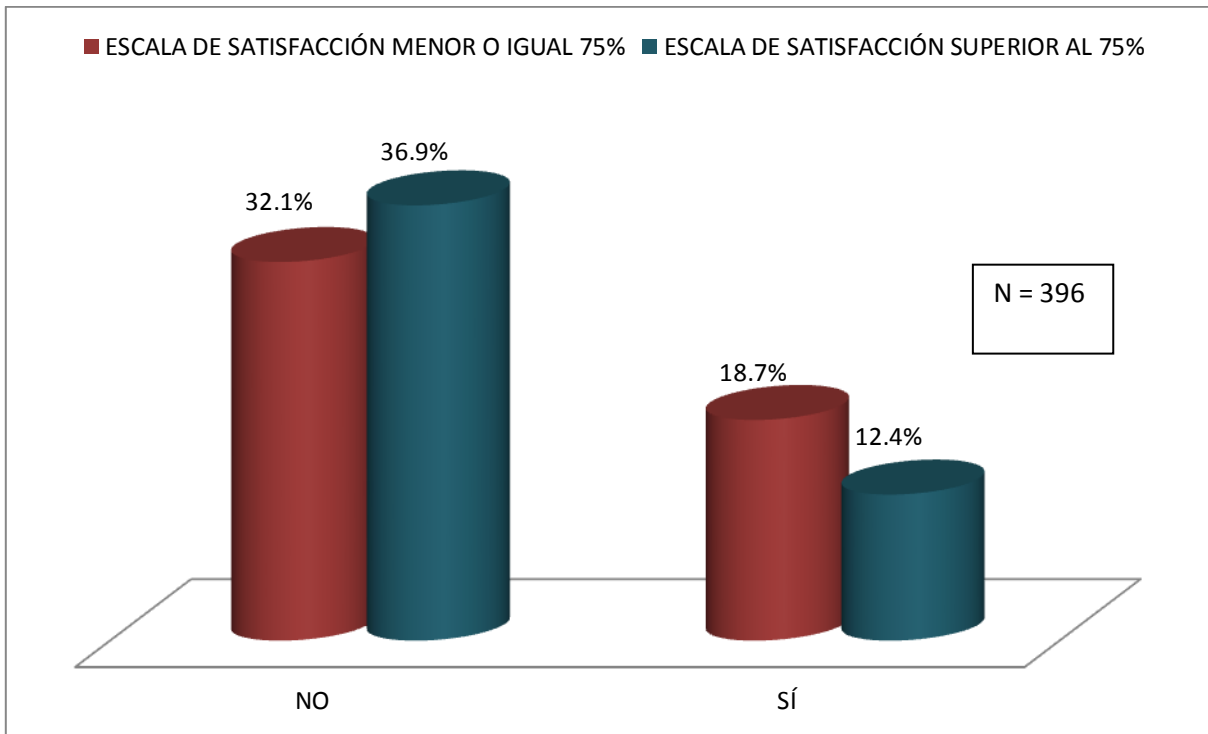
La gráfica 10, compara las distintas ocupaciones de los participantes y sus resultados en la escala de satisfacción de calidad y su relación con los resultados de la encuestas de satisfacción de calidad de vida para pacientes con síntomas de dispepsia DHRS(QoL-PEI), misma encuesta la cual se decidió hacer un corte a partir del valor de 75% para poder precisar en quienes es mejor la calidad de vida. Se observa que expresan mejor calidad de vida aquellas personas con obesidad que las que no están en criterios de obesidad.

GRÁFICA 11. Distribución de los participantes de acuerdo a su estado civil y su resultado en la escala de satisfacción de calidad de vida.

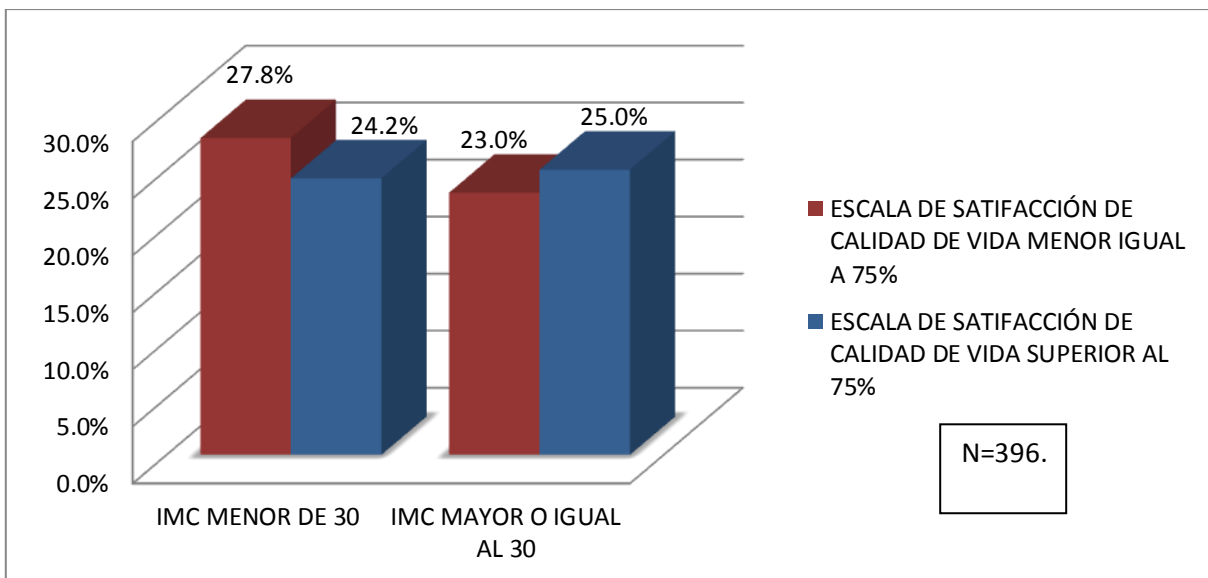


La Gráfica 11, muestra como en la condición de soltero donde no hay compromisos de pareja la calidad de vida es menor, y que en las personas con una relación tiene mejor calidad de vida quienes mantienen una relación en unión libre. Y que finalmente quienes han experimentado el compromiso de pareja y se separan expresa mejor calidad de vida.

GRÁFICA 12. Consumo de Aines presente en los participantes del estudio y su relación con la escala de satisfacción de calidad de vida.



GRÁFICA 13. Pacientes obesos y no obesos según su IMC y, su relación con los resultados en la escala de satisfacción de calidad de vida.



La gráfica 13, muestra el porcentaje de pacientes obesos en comparación con los no obesos en base a su IMC y su relación con los resultados de la encuestas de satisfacción de calidad de vida para pacientes con síntomas de dispepsia DHRS(QoL-PEI), misma encuesta la cual se decidió hacer un corte a partir del valor de 75% para poder precisar en quienes es mejor la calidad de vida. Se observa que expresan mejor calidad de vida aquellas personas con obesidad que las que no están en criterios de obesidad.

DISCUSIÓN.

La razón principal del protocolo de investigación ha sido conocer la calidad de vida en pacientes obesos con síntomas de dispepsia en un primer nivel de atención y determinar si existe asociación de esta con la obesidad. De forma secundaria conocer sus características sociodemográficas y buscar su asociación con la satisfacción en su calidad de vida cuando cursa con síntomas de dispepsia.

De los factores de riesgo mencionados por Pinzón Flores CE y Ospina Nieto J en su artículo de Dispepsia: un real desafío diagnóstico, describe la existencia de asociación de la obesidad con la dispepsia.¹⁹ En el presente estudio la frecuencia de pacientes con sobrepeso y obesidad obtenida fue de 79.3%, en contraste a lo encontrado en los reportes planteados por ENSANUT 2012 que es de 71.28%²¹.

La participación en el presente estudio son predominantemente del género femenino en un 73.7%, concordando de forma semejante con otros estudios previos como fue el de Bernal y colaboradores donde su muestra estaba constituida H/M (46.7% / 53%)¹⁶, así como el estudio realizado por Trujillo y colaboradores donde H/M (38.31% 61.69%)¹, o bien el estudios de Chang y colaboradores en donde H/M (48.6% / 51.4%)⁴.

En los resultados mencionados respecto a la escolaridad hemos mencionado que la escolaridad en la mayor parte de los participantes fue media a media superior que en conjunto suman un 61.6%, lo mismo se ha reportado en el estudio llevado a cabo por Chang y colaboradores en el año 2010 donde reportan que el nivel de

educación media es la principal en la población participante (N=3,933) correspondiente a un 54% de su muestra⁴.

En un estudio previo de Ruiz M, et al. Se menciona a la ingesta de AINES como uno de los posibles factores implicados para Dispepsia tipo Funcional¹⁵. Lo obtenido en este estudio es una asociación positiva, al obtenerse menor calidad de vida en quienes consumen AINES, donde la P:0.01. Corroborando lo descrito en la Revista IMSS del 2003 Olviedo Mota MA y Galindo Mendoza G¹⁰, donde se reporta la asociación de los AINES con el aumento de la intensidad de los síntomas de dispepsia una presentes estos.

Es interesante mencionar que si bien no se encontró significancia estadísticamente significativa entre la asociación de calidad de vida de los participantes en este estudio y su estado civil, su percepción de la calidad de vida presentaba la singularidad de que quienes se encontraban casados expresaron percibir menor calidad de vida en comparación de quienes mantenían una relación de unión libre, al igual de quienes su estado civil es divorciados, haciendo contrastante las personas solteras al expresar una menor percepción de su calidad de vida.

Por otro lado se descartó la asociación estadísticamente significativa de la calidad de vida entre el tipo de empleo que tuvieron los participantes y su calidad de vida, no obstante la percepción de la calidad de vida se comportó de tal forma que aquellos con empleo formal su percepción de la calidad de vida siempre fue por arriba del 75%, siendo mejor que quienes no.

FORTALEZAS.

El tamaño de la muestra amplia de participantes, al no contar con una prevalencia en la literatura previamente que asociara síntomas de dispepsia con obesidad, se realizó el cálculo de la muestra en base a una prevalencia estándar del 50% y, la muestra mínima necesaria era de 384 pacientes, para efectos del estudio se logró la participación de 396 pacientes. Lo cual puede ser extrapolable a la mayor parte de la población.

La muestra, se obtuvo por cuotas con porcentajes similares en ambos turnos de atención de la unidad médica, así como participación similar por cada consultorio, para integrar una muestra con el menor sesgo.

El presente estudio contribuye a identificar factores de riesgos que pueden disminuir la calidad de vida cuando están presentes síntomas de dispepsia.

El tipo de cuestionario empleado es validado previamente, y se resuelve por el participante sin instrucciones complejas. Por lo que este es un tipo de estudio que puede reproducirse en cualquier población.

Los resultados que se obtuvieron en el presente estudio son estadísticas esenciales para los programas actuales de prevención como muévete, así como para el departamento de nutrición y sus campañas permanentes de atención a los pacientes con sobrepeso y obesidad.

LIMITACIONES.

El estudio desarrollado por nuestra parte también ha presentado limitaciones, como el hecho de que la mayor participación de los pacientes es del género femenino, pues predomina su asistencia a consulta, así como su disponibilidad para participar en la aplicación de cuestionario.

Existe la limitante de un sesgo de selección de la muestra pues los participantes no fueron integrados de forma aleatorizada.

IMPLICACIONES ETICAS.

Dando cumplimiento a los principios éticos planteados previamente durante el desarrollo del presente estudio, al identificar pacientes con síntomas intensos de dispepsia y bajos valores en escala de satisfacción de calidad de vida se canalizo a su médico familiar con su nota referente al problema actual y los valores obtenidos del cuestionario aplicado, para su atención oportuna.

CONCLUSIONES.

En más de a mitad de los pacientes obesos con síntomas de dispepsia se encontró que presentan una calidad de vida superior al 75% (en una escala 0 al 100%) como se muestra en la Gráfica 13. De esta manera nuestro objetivo general se despeja la duda de calidad de vida en este grupo de pacientes.

La frecuencia de pacientes obesos con síntomas de dispepsia en el primer nivel de atención fue de 47% (N=186).

Los resultados más destacados en el ámbito sociodemográfico fue que el nivel secundaria en escolaridad fue el principal en un 36.6% (N=144); El estado civil que más participo fueron los de unión libre con un 37.6% (N=149); La ocupación que predomina es el empleo formal en el 70.2% (N=278); La mayor parte de los participantes tiene su origen geográfico en el Noroeste 46% (N= 182); Y es la religión católica que sobresale en un 53.8% (N=213); Compartiendo su domicilio con su familia casi el total de los participantes con 94.2% (N=373).

Se encontró la presencia de AINES en hasta un 31.1% (N=123), incluso quienes de forma inadecuada toman 2 o más AINES en el 7.1% (N=26).

La calidad de vida en general encontrada en la población de estudio fue de 70.85% (en una escala de 0 al 100%).

Al agrupar pacientes en rangos de edad +/- 10 años encontramos que menos de 29 años más de la mitad presenta una calidad de vida del 75%, los mayores de 29 y menores de 40 predominan quienes tuvieron una calidad de vida menor de

75%, de los 40 a 59 años sobresale haber presentado una calidad de vida mayor al 75%.

Al buscar asociación entre calidad y pacientes obesos con síntomas de dispepsia no se encontró asociación estadísticamente significativa.

Y finalmente conforme a lo encontrado en este estudio, se emiten las siguientes recomendaciones, que se espera puedan tomarse o considerarse para lograr mejorar la atención en beneficio de los usuarios de cualquier primer nivel de atención.

- ✓ Dar a conocer los resultados de la presente investigación entre el personal de salud que labora en la UMF 27.
- ✓ La creación de redes de apoyo a nivel nutricional, además de actividad física de forma saludable al alcance de cada derechohabiente.
- ✓ Fomentar al personal médico al apego de guías sobre la prescripción inapropiada de AINES.
- ✓ Evaluación de los programas ya presentes en el servicio de Trabajo Social y las estrategias por el departamento de Nutrición en el primer nivel de atención.
- ✓ Evaluar nuevas líneas de investigación que se asocien al tema de obesidad para contribuir a mejorar este creciente padecimiento, bajo principios éticos y, respeto a los derechos de los pacientes, con alto sentido de responsabilidad de nuestra profesión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1.- Trujillo-Benavides OE, Rojas-Vargas EE. Influencia de la Obesidad Sobre los síntomas de dispepsia. Rev Gastroenterol Mex [Internet] 2010; [Citado 07 Junio 2015] 75:247-252. Disponible en:
<http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es/influencia-obesidad-sobre-los-sintomas/articulo/X0375090610560599/>
- 2.- El-Serag HB, Talley NJ. The prevalence and clinical course of functional dyspepsia. AP&T Journal. [Internet] 2004; Marzo [citado 06 Julio 2015] 19(6):643-54. Disponible: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2036.2004.01897.x/full>
- 3.- Bolino MC, Furia M, Facio L, Delli Quadri I, Lien Y, Espinosa F, et al. Dispepsia funcional y test de saciedad: utilidad en la práctica clínica. Rev Gastroenterol Mex [Internet] 2013; Julio [Citado 07 Junio 2015] 78(3):127-134. Disponible en:
<http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es/dispepsia-funcional-test-saciedad-utilidad/articulo/S0375090613000530/>
- 4.- Chang JY, Locke GR 3rd, Monally MA, Halder SL, Scheleck CD, Zinsmeister AR, et al. Impact of Functional Gastrointestinal Disorders on Survival in the Community. Am J Gastroenterol [Internet] 2010; Abril [citado 07 Junio 2015] 105(4):822-32. Disponible: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2887253/
- 5.- Undurti ND. Obesity: Genes, brain, gut, and environment. Nutrition. [Internet] 2010; Mayo [citado 07 Junio 2015] 26(5):459-473. Disponible:
[www.nutritionjournal.com/article/S0899-9007\(09\)00412-2/abstract](http://www.nutritionjournal.com/article/S0899-9007(09)00412-2/abstract)
- 6.- Eslick GD. Gastrointestinal symptoms and obesity: a metanalysis. Obes Rev [internet] 2012; Mayo [citado 07 Junio 2015] 13(5):469-479. Disponible:
www.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-789X.2011.00969.x/abstract
- 7.- Delgado-Aros S, Locke GR III, Camilleri M, Talley Nj, Fett S, Zinsmeister AR, Melton LI III. Obesity is associated with with increased risk of gastrointestinal symptoms: a population-based study. Am J. Gastroenterol 2004;99:1801-1806.
- 8.- Talley NJ, Howell S, Poulton R. Obesity and chronic gastrointestinal tract symptoms in young adults: a birth cohort study. Am J Gastroenterol 2004; 99:1807-1814.
- 9.- Sadik R, Björnsson E, Simrén M. The relationship between symptoms, body mass index, gastrointestinal transit and stool frequency in patients with irritable bowel syndrome. Eur J Gastroenterol Hepatol [Internet] 2010; 22(1):102-108.
- 10.- Olviedo Mota MA, Galindo Mendoza G, Cruz RA. Guía Clínica para la atención de la dispepsia funcional. Rev Med IMSS [Internet] 2003; [Citado 10

Agosto 2015] 41(1):S77-S82. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2003/ims031h.pdf

11.- Lauffer A, Solé L, Berstein S, Lopes MH, Francisconi CF. Cómo minimizar errores al realizar la adaptación transcultural y la validación de los cuestionarios sobre calidad de vida: aspectos prácticos. *Rev Gastroenterol Mex [Internet]* 2013; Enero [Citado 07 Junio 2015] 78(3):159-176. Disponible en: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es/como-minimizar-errores-al-realizar/articulo/S0375090613000529/>

12.- Ruiz M, Villasante F, León F, González LV, González C, Crespo M, et al. Cuestionario sobre la calidad de vida asociada a dispepsia. Adaptación española y validación del cuestionario Dyspepsia Related Health Scale. *Rev Med Clin [Internet]*. 2001 [Citado 05 de Mayo 2015]; 117(15). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-cuestionario-sobre-calidad-vida-asociada-13021440#elsevierItemBibliografias>.

13.- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Principales Motivos de consulta. Tijuana, Unidad de Medicina Familiar No. 27 Departamento Sistema de Información de Atención Integral de la Salud (SIAIS). 2015. Informe Técnico.

14.- Drossman AD, Corazziari E, Delavux M, Spiller RC, Talley NJ, Thompson WG, et al. *ROMA III Trastornos Gastrointestinales*. 3ra ed. México: Allen Press, Inc., Lawrence, KS; 2008. 1047p

15.- Ruiz M, Villasante F, León F, González LV, González C, Crespo M, et al. Cuestionario sobre la calidad de vida asociada a dispepsia. Adaptación española y validación del cuestionario Dyspepsia Related Health Scale. *Rev Med Clin [Internet]* 2001 [Citado 05 de Mayo 2015]; 117(15). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-cuestionario-sobre-calidad-vida-asociada-13021440#elsevierItemBibliografias>

16.- Bernal Reyes R, Monzalvo López A, Bernal Serrano M. Prevalencia de síntomas gastrointestinales con sobrepeso y obesidad. Estudio epidemiológico en una población mexicana. *Rev Gastroenterol Mex [internet]* 2013 Marzo [citado 10 de Mayo de 2015]; 78(1):28-34. Disponible en: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es/prev-alencia-sintomas-gastrointestinales-personas-con/articulo/S0375090612001401/>

17.- Otero W, Gómez Zuleta M, Otero L, Enfoque del paciente con dispepsia y dispepsia funcional: actualización. *Rev Col Gastroenterol [internet]* 2014 [Citado 22/09/2016]; 29 (2) 132-138; Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v29n2/v29n2a07.pdf>

18.- Fernandez A, Campillo A, Bernal V. Dispepsia funcional y orgánica. Manejo general y extrahospitalario del paciente con dispepsia no investigada. Medicine [internet] 2008 [citado 22/09/2016]; 10(2) 101-7; Disponible en: <http://www.medicineonline.es/es/dispepsia-funcional-organica-manejo-general/articulo/13116399/>

19.- Pinzón Flórez CE, Ospina Nieto J, Dispepsia: un real desafío diagnóstico. Rev Cienc Salud [internet] 2008 [citado 22/09/2016]; 6(1):50-70. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v6n1/v6n1a6.pdf>

20.- Vinaccia S, Quiceno JM, Medina A, Castañeda B, Casteblanco P. Calidad de Vida, resiliencia, percepción y conducta de enfermedad en pacientes con diagnóstico de dispepsia funcional. Rev Act Colomb Psicol [Internet] 2014 [Citado 06 Abril 2016]; 17(1) 61-70; Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/798/79831197007.pdf>

21.- ensanut.insp.mx, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [internet]. México: Ensanut.insp.mx; 2012 [actualizado en el año 2012; acceso 19 de abril del 2015]. Obtenido de: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/ObesidadAdultos.pdf>

22.- Guía de la Práctica Clínica (GPC) 2012. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del sobrepeso y la obesidad Exógena [internet]. México: CENETEC; 2012 [Consultado el 18 de abril de 2015]. Disponible: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/046_GPC_ObesidadAdulto/IMSS_046_08_EyR.pdf

23.- Gisbert AP, Calvet Calvo X, Ferrandiz Santos J, Mascort Roca JJ, Coello PA, Maro Castillejo M. Manejo del paciente con dispepsia. Guia de la práctica clínica. Actualización 2012. Resumen ejecutivo. Rev Aten Primaria [internet] 2012 [citado 22 de septiembre del 2016]; 44(12):728-733. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-manejo-del-paciente-con-dispepsia--S0212656712003678>

24.- Guía de la Práctica Clínica (GPC). Diagnóstico y Tratamiento de la Dispepsia Funcional. Secretaria de Salud; 2009. [Consultado el 18 de abril de 2015]. Disponible: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/071_GPC_Dispepsiafuncional/FormatoSECTORIALE_R_Dispepsia.pdf

25.- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico [Página principal en internet]. México: ¿Cómo se compara México?; 2014 [consultado: 19 de febrero del 2016]. OECD Health Statistics 2014; [cuatro pantallas]. Disponible en: <https://www.oecd.org/centrodemexico/medios/Briefing%20note%20-%20Mexico%202014.pdf>

26.- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Diagnóstico de Salud de Unidad de Medicina Familiar No. 27 Departamento de Epidemiología. Tijuana, Unidad de Medicina Familiar No. 27, 2014. Informe Técnico.

ANEXOS.

ANEXOS 1.



CONSENTIMIENTO INFORMADO.
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL.

FOLIO: _____

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA.

Lugar y Fecha: Tijuana, Baja California a 01 de Octubre de 2016.

Registro Institucional el comité Local de Información y Ética en investigación titulado: Calidad de vida en pacientes obesos con síntomas de dispepsia.

Justificación y Objetivo del estudio: Conocer la vida en pacientes con síntomas de dispepsia y poder aportar herramientas que conduzcan a la prevención de la misma así como determinada su relación guardada la obesidad ante la creciente predisposición a esta última.

Procedimientos: Se le realizara la aplicación de cuestionario de opción múltiple durante su estancia en la sala de espera de la UMF No. 27.

Posibles riesgos y molestias: No existe riesgo para la aplicación de este cuestionario.

Posibles Beneficios al participar en este estudio: Conocer las características de una muestra de pacientes que acuden a la UMF No. 27 y medir la prevalencias de los síntomas de dispepsia presentes. Además de detectar pacientes con alteraciones en el estado nutricional y/o alteraciones en la calidad de vida y sean referidos con su médico familiar, para su atención integral.

Privacidad y confidencialidad: Se respetará su privacidad, por lo que no se citara su nombre en el estudio, sus respuestas no serán divulgadas de manera que las puedan identificar.

Usted conserva el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que esto afecte la atención médica que recibe en el instituto.

El investigador responsable Dr. César Armando Ramírez Salazar. Teléfono 6251240011 me ha dado la seguridad de que la información que proporcione, será manejada en forma confidencial.

He leído la información de esta hoja de consentimiento, o se me ha leído de manera adecuada. Todas mis preguntas sobre el estudio y mi participación han sido atendidas.

Yo autorizo el uso y la divulgación de mi información de salud en este consentimiento para los propósitos descritos anteriormente.

En caso de aclaraciones o dudas relacionadas con el estudio usted podrá dirigirse a:

Investigador responsable: Dr. César Armando Ramírez Salazar, médico residente de Medicina Familiar adscrita a la UMF No. 27; matrícula: 98023184; teléfono: 6251240011; correo electrónico: cearsx@hotmail.com

Asesora metodológica: Dra María Cecilia Anzaldo Campos; coordinadora de Educación e Investigación, adscrita a la UMF 27; matrícula: 9920153; teléfono: 664 629 63 85; correo electrónico: maria.anzaldo@imss.gob.mx

Asesor temático: Dra. Luz María de Soto Molina; médico Gastroenterólogo y Endoscopista Digestivo adscrito al HGR No. 1; matrícula: 99389543; teléfono: 664 627 09 63; correo electrónico: desotomix@gmail.com

Asesor temático: Dr. Grego Orlando Salinas Merlos; Médico Familiar adscrito a la UMF No. 27; matrícula: 990246; teléfono: 664 188 26 63; correo electrónico: orlandosalinasm@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante, podrá dirigirse a: Comisión Ética de investigación de la CNIC del IMSS, Avenida Cuauhtémoc 330 4to piso, Bloque "B" de la unidad de congresos, Col Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55)56276900, Extensión. 21230. Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del paciente

Investigador responsable Dr. César Armando Ramírez Salazar

TESTIGOS

Nombre y firma de Testigo.

Nombre y firma de Testigo.

ANEXO 2.

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA

Folio: _____

Nombre: _____

NSS: _____

Sexo: 1) Masculino: _____ 2) Femenino: _____ **Edad:** _____ Años.

Edad: 1) 20-29 años 2) 30 a 39 años 3) 40 a 49 años 4) 50 a 59 años.

Lugar de Origen: _____.

1) Noroeste 2) Noreste 3) Centro 4) Occidente 5) Sureste.

Escolaridad:

1) Analfbeta 2) Primaria Incompleta 3) Primaria Completa 4) Secundaria Incompleta 5) Secundaria Completa 6) Preparatoria Incompleta 7) Preparatoria Completa 8) Licenciatura 9) Otra.

Religión:

1) Católica 2) Cristiana 3) Testigo de Jehová 4) Otra.

Ocupación: _____.

1) Empleado. 2) Trabajador independiente. 3) Jubilado/Pensionado. 4) Ama de casa. 5) Estudiante. 6) Trabaja y estudia. 7) Sin ocupación.

Estado civil: _____.

1) Soltero(a). 2) Casado(a). 3) Separado/Divorciado. 4) Unión Libre. 4) Viudo.

Con quien vive: _____

1) Solo. 2) Con familia. 3) Con amigos.

Consumo de AINES: Sí/No. _____

1) Aspirina. 2) Ibuprofeno. 3) Ketoprofeno. 4) Naproxeno. 5) Sulindaco. 6) Piroxicam.

Consumo de otro medicamento que provoque dolor: Sí/No. _____

1) Hierro. 2) Digoxina. 3) Teofilina. 4) Eritromicina. 5) Claritromicina. 6) Potasio.

Tiene Diagnóstico de alguna de las siguientes enfermedades: Sí/No. _____

Enfermedad hepática, Enfermedad úlcera péptica, ERGE.

CA [gástrico o esófago, páncreas, hígado].

Diabetes Mellitus, Isquemia mesentérica, Pancreatitis crónica.

Cirugía gástrica.

Trastorno metabólicos (uremia, hipocalcemia, hipotiroidismo)

Enfermedad sensible al Gluten

ANEXO 3.

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN CON LOS PROBLEMAS DE ESTÓMAGO E INTESTINO DRHS(QoL-PEI).

1. Intensidad de los síntomas habituales
En los últimos 3 meses, ¿cuánto ha supesto para mí cada una de las siguientes molestias?
 (Marque con una X un número de cada fila)

Síntomas habituales	Ninguna molestia	Molestia leve	Molestia moderada	Molestia grave	Molestia muy grave
		Se puede ignorar si no se piensa en ello	No es posible ignorarlo pero no afecta a mis actividades diarias	Afecta a la concentración necesaria para mis actividades diarias	Influye sobre mis actividades diarias y requiere reposo
a. Dolor en la boca del estómago	1	2	3	4	5
b. Eructos/se me viene la 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»

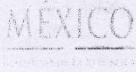
	Ninguna molestia					Máxima molestia					
a. En este momento ¿cuánto me molesta el estómago o los intestinos?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
b. En los últimos 3 meses, ¿cuánto peor me he sentido del estómago o los intestinos?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
c. En los últimos 3 meses y por término medio, ¿qué intensidad 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 «me impidió hacer nada»

	No ha interferido					Me impidió 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 intestinal
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 interfieren muchísimo con mi vida diaria	1	2	3	4	5
c. Me tranquiliza ver que mi dolor de estómago o molestia intestinal parecen controlados	1	2	3	4	5
d. Estoy preocupado por mi dolor de estómago o molestia intestinal	1	2	3	4	5



Dirección de Prestaciones Médicas
 Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
 Coordinación de Investigación en Salud



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **201** con número de registro **13 CI 02 002 193** ante COFEPRIS
 H GRAL ZONA NUM 30, BAJA CALIFORNIA

FECHA **03/10/2016**

MTRA. MARIA CECILIA ANZALDO CAMPOS

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES OBESOS CON SINTOMAS DE DISPEPSIA EN PRIMER NIVEL DE ATENCION

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2016-201-59

ATENTAMENTE

DR.(A). MARTÍN ALEJANDRO DAUTT ESPINOZA

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 201

IMSS
 SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



COMITE DE INVESTIGACION
 H. G. Z. II No. 30
 MEXICALI, B. C.
REVISADO



Tijuana Baja California 31 de Octubre de 2016

DR. ABRAHAM MARTINEZ
DIRECTOR DE LA UMF No. 27


Asunto: Solicitud de autorización para realizar trabajos de Investigación en UMF No. 27.

Estimado Director:

Reciba por este conducto de manera respetuosa mis saludos y de la misma manera al encontrarme cursando tercer año de la residencia de Medicina Familiar le solicito autorización para llevar a cabo dentro de las instalaciones de esta unidad de primer nivel a su cargo, para la realización del protocolo de investigación titulado CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES OBESOS CON SINTOMAS DE DISPEPSIA EN PRIMER NIVEL DE ATENCION, presentado y aprobado el día 03 de Octubre del 2016 por el comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, con número de registro R-2016-201-59, como requisito para optar al título profesional de Médico Familiar.

La referida investigación tiene como propósito mejorar la atención médica del derechohabiente, la cual estará bajo la asesoría y supervisión de la Dra. Ma. Cecilia Anzaldo Campos Coordinador de Educación e Investigación Médica, Adscrita a Unidad de Medicina Familiar No. 27. La permanencia y el horario dentro de la Unidad de Medicina Familiar, será de acuerdo a los horarios establecidos por la institución.

Sin más por el momento, agradezco las facilidades que puedan brindárseme para llevar a cabo dicho protocolo de investigación.


DR. CESAR ARMANDO RAMIREZ SALAZAR
Residente de Tercer grado de Medicina Familiar
Matrícula 98023184 Cedula Prof.6209336

PARA SU SUP Y CONOC.
c.c. Dra. Ma. Cecilia Anzaldo Campos
Coordinador de Educación e Investigación Médica.-presente
c.c. Dr. Juan José Camacho Romo
Profesor titular de Residencia de Medicina Familiar




Dr. Abraham Martinez
DIRECTOR
UMF 27
MAT. 99024667 CP 7073362



UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 27