

Universidad Abierta Interamericana

Sede Regional Rosario



Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Carrera de Medicina

"Calidad de vida en pacientes que se encuentran realizando un tratamiento de descenso o mantenimiento de peso en dos Centros Médicos de la ciudad de Rosario y Santa Fe en el año 2018"

Autor: Silvestre Kinderknecht

Tutor: Dr. Raúl Álvarez Lemos

Lugar de Realización: Centro Médico Dr. Máximo Ravenna de la ciudad de Rosario y la ciudad de Santa Fe.

Carrera: Medicina

Fecha: 18 de Junio de 2018

E-mail: silvestremk@gmail.com

Índice

Índice	1
Resumen	2
Introducción	3
Objetivos	6
Marco teórico.....	7
<i>Calidad de vida</i>	7
<i>Obesidad</i>	8
<i>Hipertensión Arterial</i>	9
<i>Hipotiroidismo</i>	10
<i>Dislipidemia</i>	10
<i>Diabetes Mellitus</i>	11
Problema	13
Materiales y método	14
<i>Recolección de datos</i>	15
Resultados	19
<i>Características de los pacientes</i>	19
<i>Calidad de vida</i>	23
<i>Utilización de medicamentos</i>	30
Discusión	32
Conclusión.....	35
Citas bibliográficas	38
Anexos	41
<i>Cuestionario para recolección de datos</i>	42
<i>Tabulación de datos</i>	45
<i>Autorizaciones</i>	49
<i>Sobre el tratamiento</i>	51

Resumen

En las últimas tres décadas se produjo un cambio en el estilo de vida y los hábitos alimenticios que ha derivado en un progresivo incremento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en todo el mundo.

El objetivo principal de este trabajo fue conocer la calidad de vida de los pacientes que se realizaban un tratamiento de descenso o mantenimiento del peso en dos centros médicos. Se llevó a cabo un estudio analítico, observacional y transversal en base a una encuesta de dos partes: la primera sobre el tratamiento, datos antropométricos y fármacos consumidos o suspendidos y la segunda comprendida por el cuestionario WHOQOL-BREF de la OMS.

La muestra final fue de 100 encuestas en las cuales se encontró que el 70% de los pacientes, no estaban en su peso saludable. Se observó que todos se mantuvieron en la misma categoría inicial o mejoraron su clasificación de IMC y que en todos los dominios del WHOQOL-BREF, los sujetos en su peso normal percibían mejor su calidad de vida que los pacientes en sobrepeso u obesidad.

Se evidenció en esta investigación que la probabilidad de percibir de manera más negativa la calidad de vida esta relacionada directamente con el sobrepeso y obesidad de los sujetos estudiados; y que al disminuir el peso o mantenerlo en sus valores normales, la percepción de la calidad de vida tiende a mejorar y el consumo de fármacos disminuye.

Palabras claves: Obesidad - Calidad de vida - Tratamiento - Peso - IMC - Fármacos - Hipertensión - Diabetes - Hiperlipemia - Maximo Ravenna

Introducción

En el siglo V a. de C. Hipócrates sienta las bases de una teoría de la enfermedad en la que la alteración del equilibrio, de la armonía, es la causa de la pérdida de la salud. Al observar el riesgo que surge a partir del exceso, logra relacionar directamente a las personas obesas con la muerte súbita, resalta la importancia de mantener una actitud mesurada y propone como tratamiento una dieta cuyo fin es el retorno al equilibrio y la consecuente restitución de la salud (Tratados hipocráticos, 1986).

La obesidad, es una patología estrechamente relacionada al desequilibrio y al exceso, no solo en el ingreso de mas energía de la que se gasta o de la grasa acumulada, sino también en ámbitos psicológicos, sociales y culturales que hacen que en la actualidad retornar al equilibrio y recuperar el peso saludable, no sea un tarea sencilla (Massa Hortigüela, 1998).

En las últimas tres décadas se produjo un cambio en el estilo de vida y los hábitos alimenticios (Ravenna, 2006) que ha derivado en un progresivo incremento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad, que en algunos países como Estados Unidos, España, México e incluso nuestro país, ha alcanzado un grado muy elevado. En la población adulta española el sobrepeso es del 39,3% y la de obesidad general, del 21,6% (Aranceta Bartrina, Pérez Rodrigo, Alberdi Aresti, Ramos Carrera y Lázaro Macedo, 2016). En México, la prevalencia de sobrepeso y obesidad es de 39.7 y 29.9%, respectivamente (Cervera, Campos Nonato, Rojas y Rivera, 2010)

En un estudio realizado en varias ciudades latinoamericanas, se observo que en la ciudad de Buenos Aires en el año 2016, de una muestra de casi 1500

adultos de entre 25 y 64 años, el 23,5% presentó un IMC correspondiente a obesidad y 40,5% a sobrepeso (Armas Hernandez, Hernandez Hernandez, Schardgrosky y Silva, 2016). Este incremento de prevalencia constituye un grave problema sanitario por el aumento de las comorbilidades asociadas, especialmente diabetes mellitus tipo 2, hipertensión y aterosclerosis, y por el elevado coste económico y social para las sociedades afectadas (Foz, 2004).

La *calidad de vida* es un término subjetivo que comprende diferentes aspectos físicos, psicológicos, sociales y ambientales (Organización Mundial de la Salud, 1995) la cual se medirá en este trabajo con un cuestionario desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (Skevington, Lotfy y O' Connel, 2004) a las personas que se encuentran realizando un tratamiento para descender su peso o mantenerlo dentro del rango normal.

Estudios realizados anteriormente por Urzúa y otros (Urzúa, Cortés, Prieto, Vega y Tapia, 2009), reportan índices de calidad de vida similares entre hombres y mujeres en todos los aspectos comparados, excepto en el bienestar físico, donde los hombres muestran valores superiores, es decir que el sobrepeso y la obesidad son factores que afectan la salud subjetiva u objetivamente y están estrechamente relacionados con la calidad de vida.

También, en el trabajo final de carrera de Santiago (Santiago, 2013) se encontró que las personas con sobrepeso u obesidad tenían una calidad de vida inferior a las personas que se encontraban en su rango normal.

En este trabajo, se pretende conocer la calidad de vida de las personas que emprenden un camino en dirección opuesta a la cultura del consumismo

de hoy en día, realizando un tratamiento para retornar o mantenerse en el equilibrio que permitiría el desarrollo de la salud.

Objetivos

General:

Conocer la calidad de vida de los pacientes que se encuentren realizando un tratamiento de descenso o mantenimiento de peso en el Centro Médico Dr. Máximo Ravenna de la ciudad de Rosario y Centro Médico Dr. Máximo Ravenna de la ciudad de Santa Fe en el período que comprende los meses de marzo y abril del año 2018.

Específicos:

- Conocer el descenso de peso efectivo de los pacientes y el índice de masa corporal (IMC) al inicio y en la actualidad de su tratamiento.
- Diferenciar la percepción de calidad de vida en pacientes con obesidad, sobrepeso y pacientes en su rango normal de peso.
- Conocer la cantidad de pacientes que consumen fármacos para tratamiento de patologías relacionadas a la obesidad y que tipo de fármacos.
- Conocer si los pacientes dejaron de consumir fármacos por prescripción médica al descender de peso y que tipo de fármacos.

Marco teórico

Calidad de vida

El concepto de calidad de vida, se utiliza en el mundo académico para hacer referencia a ideas que no son sencillas de explicar, pero que se encuentran en la mente de cualquier persona. Tener buena calidad de vida, significa estar a gusto, encontrarse bien, tener una vida digna, ser feliz. Es complicado entre otras razones, porque es subjetivo, íntimo, espiritual en cierto modo, eso que llamamos felicidad (Salvador Cabedo, 2003).

La Organización Mundial de la Salud, para la creación de su cuestionario WHOQOL, definió a la calidad de vida en función de la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones. Todo ello matizado, por su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales. Plantea que la evaluación de la calidad de vida debe basarse en una amplia serie de criterios y no en un solo aspecto como puede ser el dolor. Cuando lo haya, la calidad de vida se evaluará estudiando el impacto de ese dolor en la autonomía individual y en la vida psicológica, social y espiritual del individuo, en vez de centrar la atención exclusivamente en el dolor en sí (OMS, 1995).

Teniendo en cuenta todas estas aristas, la OMS sugirió las características que definirían a la calidad de vida: a) es subjetiva; b) es multidimensional; c) incluye tanto funcionamiento positivos como dimensiones negativas y bajo estas premisas, definen a la calidad de vida como:

“percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses” (OMS, 1995).

Obesidad

El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que ocasionadas por un largo periodo de desequilibrio entre la energía que se consume y la que se gasta.

El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2) (Organización Mundial de la Salud, 2017).

En el caso de los adultos, la OMS define el sobrepeso y la obesidad como se indica a continuación:

- sobrepeso: IMC igual o superior a 25.
- obesidad: IMC igual o superior a 30.

El IMC proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades (*tabla nro.1*). Sin embargo, hay que considerarla como un valor aproximado porque no distingue entre grasa central y periférica, ni masa muscular de masa grasa.

IMC	Clasificación
<18,5	Bajo peso
18,5 - 24,9	Normal
25 - 29,9	Sobrepeso
30 - 34,9	Obesidad tipo 1
35 - 39,9	Obesidad tipo 2
≥40	Obesidad tipo 3 o mórbida

Tabla Nro. 1: Clasificación según I.M.C. (World Health Organization, 2006)

Si bien las patologías relacionadas a la obesidad son muchas, en este trabajo se tomará en cuenta aquellas más comunes, que llevan un tratamiento farmacológico crónico que puede ser modificable al descender y/o mantenerse en el rango normal de peso. Dentro de las patologías comúnmente relacionadas a la obesidad, encontramos la hipertensión arterial, el hipotiroidismo, la dislipemia y la diabetes mellitus tipo 2.

Hipertensión Arterial

Es una elevación sostenida de la presión arterial sistólica, diastólica o ambas que afecta a una parte importante de la población adulta, especialmente a los de mayor edad. Su importancia reside en el hecho de que, cuanto mas elevadas sean las cifras de presión tanto sistólica como diastólica, mas elevadas son la morbilidad y mortalidad de los individuos.

La hipertensión arterial es una condición muy frecuente y es el principal factor relacionado con la mortalidad en todo el mundo. Las cifras de presión aumentan progresivamente con la edad, por lo que la prevalencia de HTA depende extraordinariamente del segmento etario analizado. De muy baja

prevalencia en individuos menores de 30 años, puede alcanzar el 80% en mayores de 80 años (Farreras, 2012).

El tratamiento comprende cambios en la alimentación, descenso del peso, ejercicio y administración de fármacos antihipertensivos.

Hipotiroidismo

Se denomina hipotiroidismo a la situación clínica caracterizada por un déficit de hormonas tiroideas, producida por una alteración orgánica o funcional de la misma glándula o por un déficit de estimulación de la TSH.

El originado por alteraciones en la propia glándula tiroidea se denomina primario, mientras que se llama secundario al que depende de una insuficiente secreción de TSH, si el fallo es hipofisario, y terciario, si la alteración procede del hipotálamo.

Es una patología muy común, con incidencia muy superior en el sexo femenino y su frecuencia aumenta con la edad (Farreras, 2012).

El tratamiento para el hipotiroidismo es la administración diaria de una hormona tiroidea sintética en forma de píldora. Este medicamento regulará los niveles hormonales y hará que su metabolismo vuelva a la normalidad.

Dislipidemia

La dislipidemia es la elevación de las concentraciones plasmáticas de colesterol o de triglicéridos, o la disminución de las concentraciones de lipoproteínas de alta densidad que contribuyen al desarrollo de aterosclerosis.

Las causas pueden ser primarias (genéticas) o secundarias. El diagnóstico se basa en la medición de las concentraciones plasmáticas de colesterol total, triglicéridos y lipoproteínas individuales.

El tratamiento comprende cambios dietéticos, descenso de peso, ejercicio y fármacos hipolipemiantes (Goldberg, 2016).

Diabetes Mellitus

Se define como un desorden metabólico de causas múltiples caracterizado por la hiperglucemia crónica asociada a alteraciones del metabolismo de hidratos de carbono, proteínas y grasas, que se producen como consecuencia de defectos en la secreción de insulina o de su acción o de ambas cosas a la vez.

La hiperglucemia crónica propia de la diabetes se asocia con lesiones a largo término, disfunciones o fracasos de diversos órganos, especialmente ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos (Farreras 2012)

Según su etiología se puede clasificar en:

- Diabetes tipo I
- Diabetes tipo II
- Diabetes gestacional

Diabetes Mellitus Tipo II

Es la forma mas prevalente de diabetes y el riesgo de padecerla aumenta con la edad, la obesidad y el sedentarismo.

Resulta de la asociación de insulinoresistencia y secreción compensatoria deficiente de insulina. A menudo cursa con obesidad, y los pacientes que no son obesos suelen tener una mayor proporción de grasa abdominal.

Los pacientes permanecen a menudo sin diagnóstico, y como consecuencia sin tratamiento durante años dado el desarrollo lento, la ausencia de síntomas o su infravaloración; este hecho puede dar lugar a que algunos pacientes tengan complicaciones crónicas en el momento del diagnóstico.

El tratamiento de la diabetes tipo 2 comprende cambios alimenticios, descenso del peso, ejercicio y fármacos hipoglucemiantes (Farreras, 2012).

Problema

¿Cual es la calidad de vida de los pacientes que se encuentran realizando un tratamiento de descenso o mantenimiento de peso?

Materiales y método

Se llevó a cabo un estudio analítico, observacional y transversal en base a una encuesta a personas que concurrían a realizar un tratamiento de descenso o mantenimiento de su peso a los Centros Médicos "Dr. Máximo Ravenna" de las ciudades de Rosario y Santa Fe, durante el periodo comprendido entre el 1 de abril y el 15 de mayo del año 2018.

Criterios de inclusión:

Se incluyó en el estudio a todas aquellas personas entre 18 y 90 años de edad que realizaban un tratamiento en estos dos centros médicos y accedieron a participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

Pacientes menores de 18 años, mayores de 90 años y aquellos que se negaron a participar en el estudio.

Muestreo:

El muestreo fue no probabilístico y se realizaron 108 encuestas. Por los criterios de exclusión, la muestra final estuvo conformada por 100 encuestas.

Confidencialidad:

Los datos son resguardados por las Leyes N° 26.529 de Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud y N° 25.326 de Protección de los Datos Personales.

Recolección de datos

El instrumento de recolección de los datos consistió en una encuesta, presentada en formato de cuestionario impreso, de carácter anónimo y voluntario (*ver anexo*).

La encuesta constó de dos partes, la primera, donde se recolectaron los datos generales de la población (edad y sexo), los datos relacionados al tratamiento de descenso o mantenimiento del peso (fecha de inicio, peso de inicio y actual y talla), una pregunta relacionada a si el paciente alcanzó el objetivo de peso a mantener que acordó con los profesionales y dos preguntas sobre el consumo de fármacos. La segunda parte de la encuesta esta constituida por el cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL -BREF.

Las medidas antropométricas fueron utilizadas para calcular el IMC de acuerdo a la formula $IMC = \text{peso}/\text{talla}^2 = \text{kg}/\text{m}^2$. Los datos obtenidos se usaron para calcular el descenso de peso efectivo y el cambio de IMC al comienzo del tratamiento y en la actualidad. Se utilizó el IMC con el propósito de clasificar a los pacientes en rango normal, sobrepeso, obesidad I, obesidad II y obesidad III para cruzarlos con los puntajes obtenidos en el cuestionario de Calidad de vida. Se tiene en cuenta que el IMC no diferencia masa muscular de masa grasa y tampoco grasa periférica de grasa central.

La pregunta sobre si el paciente alcanzó el peso acordado con los profesionales, permitió diferenciar a aquellos que se encuentran en la etapa de descenso de peso del tratamiento de los que se encuentran en la etapa de mantenimiento.

La primer pregunta sobre fármacos, permitió conocer si el paciente se encontraba consumiendo algún fármaco para el tratamiento de una patología relacionada a la obesidad, y cual es éste o estos fármacos. La segunda, permitió conocer si el paciente, durante su descenso de peso o durante su mantenimiento, dejo de consumir por prescripción medica algún fármaco para tratamiento de patología relacionada a la obesidad y cual/es fueron los fármacos.

La Calidad de vida ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud como ***la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses***” (OMS, 1995). En la década de 1990-99, la OMS reunió un grupo de investigadores de diferentes países para obtener una definición consensuada de calidad de vida y desarrollar un instrumento para medirla que fuera aplicable transculturalmente. El primero de estos cuestionarios fue el WHOQOL -100 (Power, Bullinger y Harper, 1999), posteriormente se seleccionó la mejor pregunta de cada una de las facetas, obteniéndose el WHOQOL -BREF (versión abreviada) que es un estudio validado para la población en general y produce un perfil de calidad de vida de cuatro áreas o dominios (Skevington et al., 2004).

- A. *Salud Física*: actividades de la vida diaria, dependencia de medicamentos y ayuda medica, energía y fatiga, movilidad, dolor y disconformidad, sueño y descanso, capacidad de trabajo.
- B. *Psicológico*: Imagen y apariencia física, sentimientos negativos, sentimientos positivos, autoestima, creencias personales, religiosas y espirituales, pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración.

- C. *Relaciones sociales*: relaciones personales, apoyo social, actividad sexual.
- D. *Entorno o ambiente*: recursos económicos, libertad y seguridad física, accesibilidad y calidad de cuidados de salud y sociales, entorno en el hogar, oportunidades de adquirir nueva información y habilidades, participación y oportunidades de recreación y ocio, entorno físico (polución, ruido, tráfico, clima, transporte).

El cuestionario está compuesto por 26 preguntas de los dominios antes mencionados y dos preguntas globales sobre calidad de vida y salud en general (estas dos preguntas permitieron obtener una puntuación independiente llamada "calidad de vida general"). Cada pregunta tiene 5 opciones de respuestas ordinarias tipo Likert. Se revirtieron las puntuaciones de tres preguntas negativas (03, 04, 26). El instrumento no permite una puntuación total de calidad de vida, considerando que ésta es un constructo multidimensional, siendo cada dimensión o dominio puntuado en forma independiente. La determinación de la puntuación de cada dominio se realiza mediante la sumatoria del puntaje de las preguntas correspondientes y se utiliza un método de conversión de puntajes brutos a puntajes transformados: de esta forma la puntuación puede variar de 0 a 100, y cuanto mayor sea su valor, mejor será el perfil de calidad de vida de un dominio (OMS, 1995).

Los datos se volcaron a una base de datos de Microsoft Excel (*ver anexo*).

Para describir los resultados obtenidos, se utilizaron gráficos y tablas, así como medidas de resumen. En el caso de las variables cuantitativas, se

expresaron mediante la media y su desvío estándar, la mediana y los valores mínimo y máximo observados.

Las variables cualitativas fueron expresadas mediante frecuencias absolutas y relativas porcentuales.

Para evaluar la posible diferencia en el score promedio de cada dominio del cuestionario respecto al IMC de los pacientes, se empleó la técnica ANOVA, con el test ad hoc de diferencias de Tukey, considerando significativa una probabilidad asociada (p) inferior al 5%.

Resultados

Con el fin de conocer la calidad de vida de los pacientes que se encuentran realizando un tratamiento de descenso o mantenimiento de peso en el Centro Médico Dr. Máximo Ravenna de la ciudad de Rosario y Centro Médico Dr. Máximo Ravenna de la ciudad de Santa Fe en el período que comprende los meses de abril y mayo del año 2018, se encuestó a 100 pacientes, de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión ya mencionados.

Características de los pacientes

Los pacientes encuestados tenían entre 18 y 71 años, con una edad promedio de 45,46 +/- 11,84 años. La mitad de ellos, tenía 46 años o menos. Entre los 100 entrevistados, 72 eran mujeres.

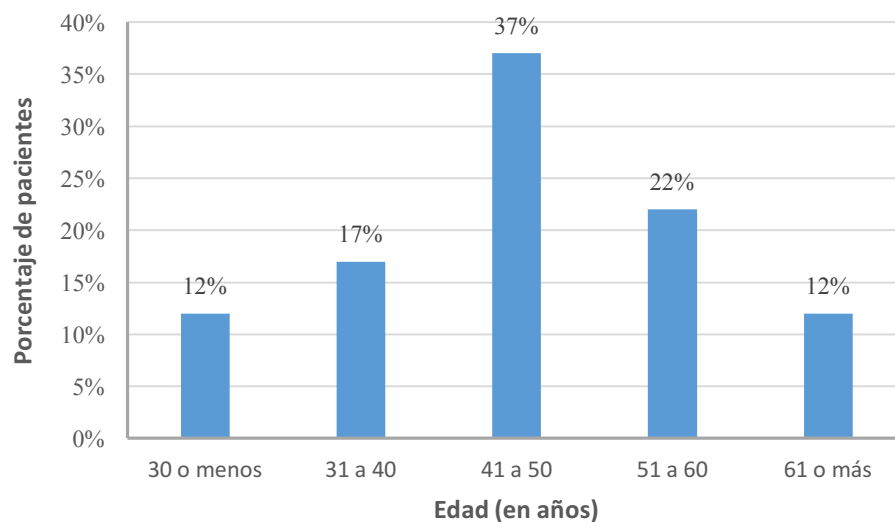


Gráfico Nro. 1: Distribución de los pacientes según edad

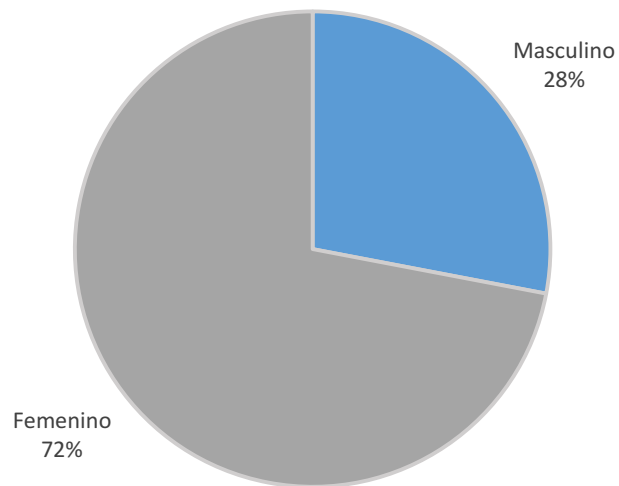


Gráfico Nro. 2: Distribución de los pacientes según sexo

Al momento del presente estudio, el 70% de los pacientes no se encontraban en su peso saludable.

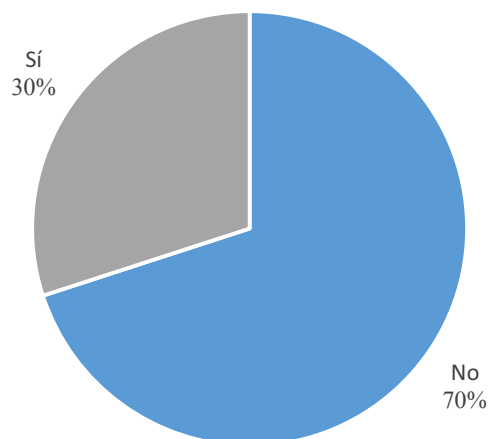


Gráfico Nro. 3: Distribución de los pacientes según se encontraran en su peso saludable

En la siguiente tabla, se muestran las medidas descriptivas correspondientes al peso al momento de inicio del tratamiento y al peso actual de los 100 pacientes.

Peso	Media	Desvío std.	Mediana	Mínimo	Máximo
Inicial	108,99	31,24	103,50	52,00	240,00
Actual	86,29	25,89	82,50	42,40	186,00

Tabla Nro. 2: Medidas descriptivas correspondientes al peso de los pacientes

La diferencia entre los valores promedio del peso en ambas mediciones resultó estadísticamente significativa (test t para datos pareados, $p < 0,001$). El descenso de peso promedio fue de 22,70 +/- 20,44 Kg, con valores entre 0 y 90,80 Kg. La mitad de los pacientes había descendido 16 Kg o más.

Respecto a los valores del IMC, se presentan las medidas descriptivas, correspondientes a los valores iniciales y actuales, en la siguiente tabla.

Peso	Media	Desvío std.	Mediana	Mínimo	Máximo
Inicial	38,85	9,76	37,32	23,11	71,67
Actual	30,75	8,11	28,53	18,84	64,28

Tabla Nro. 3: Medidas descriptivas correspondientes al IMC de los pacientes

La diferencia entre los promedios de IMC en ambas mediciones resultó estadísticamente significativa (test t para datos pareados, $p < 0,001$). Las diferencias observadas en el IMC se encontraban entre 0 y 34,41 Kg/m², con un promedio de 8,10 +/- 7,22 Kg/m² y una mediana de 5,95 Kg/m².

Tal como puede observarse en el Gráfico Nro. 4, al inicio del tratamiento, el 82% de los pacientes tenía algún tipo de obesidad, el 14% tenía sobrepeso y el 4%,

peso normal. Al momento del presente estudio, el 47% presentaba obesidad, el 23% tenía sobrepeso y el 30% se encontraba en valores normales.

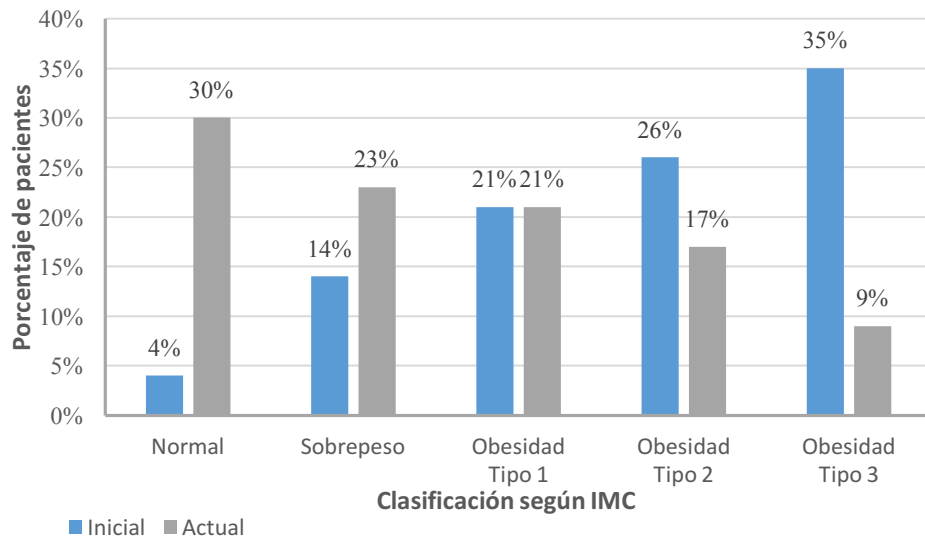


Gráfico Nro. 4: Distribución de los pacientes según IMC inicial y actual

La siguiente tabla presenta la cantidad de pacientes de acuerdo a la clasificación IMC inicial y actual, al fin de observar los cambios que se produjeron durante el tratamiento. Puede observarse que todos los pacientes se mantuvieron en la misma categoría inicial o bien mejoraron su clasificación. Los cambios en la clasificación del IMC resultan estadísticamente significativos (test tau-b de Kendall, $p < 0,001$).

Actual	INICIAL					Total
	Normal	Sobrepeso	Obesidad Tipo 1	Obesidad Tipo 2	Obesidad Tipo 3	
Normal	4	8	7	6	5	30
Sobrepeso	0	6	6	8	3	23
Obesidad Tipo 1	0	0	8	6	7	21
Obesidad Tipo 2	0	0	0	6	11	17
Obesidad Tipo 3	0	0	0	0	9	9
Total	4	14	21	26	35	100

Tabla Nro. 4: Distribución de los pacientes según clasificación del IMC inicial y actual

Calidad de vida

Para estudiar la calidad de vida de los pacientes, se empleó el cuestionario WHOQOL -BREF. A continuación, se analizan sus cuatro dominios.

Salud física

Este aspecto de la calidad de vida se encuentra definido por las preguntas 3, 4, 10, 15, 16, 17 y 18 del cuestionario. La siguiente tabla presenta el porcentaje de pacientes que optó por cada una de las posibles respuestas a estas preguntas.

Pregunta	Respuesta				
	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	En extremo
3. ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	4	24	21	22	29
4. ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	3	32	14	20	31
	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10. ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	1	12	23	42	22
15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar al otro?	0	3	4	23	70
	Nada	Poco	Lo normal	Bastante	Muy satisfecho
16. ¿Cuán satisfecho está con su sueño?	4	21	26	31	18
17. ¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	2	9	28	40	21
18. ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	3	8	21	39	29

Tabla Nro. 5: Cantidad de pacientes según respuesta a los ítems correspondientes al dominio "salud física" del cuestionario WHOQOL-BREF

El score promedio correspondiente al dominio "salud física" fue 68,64 +/- 17,29, con valores entre 19 y 100 y una mediana de 69. A continuación se presentan las medidas descriptivas de los scores de acuerdo al IMC actual de los pacientes. La diferencia entre los promedios resulta estadísticamente significativa (ANOVA,

p<0,001). En particular, el promedio correspondiente a los pacientes con peso normal es superior a todos los restantes y el promedio de los individuos con obesidad tipo 3 es inferior a los restantes. No se observan diferencias significativas en los scores promedio de los pacientes con sobrepeso, obesidad tipo 1 y obesidad tipo 2 (comparaciones múltiples de Tukey).

Clasificación IMC	n	Media	Desvío std.
Normal	30	80,57	14,45
Sobrepeso	23	66,91	13,82
Obesidad Tipo 1	20	66,75	16,81
Obesidad Tipo 2	17	65,24	13,06
Obesidad Tipo 3	10	46,40	13,73

Tabla Nro. 6: Scores correspondientes al dominio "salud física", según IMC

Aspecto psicológico

El aspecto psicológico de la calidad de vida se analiza mediante las preguntas 5, 6, 7, 11, 19 y 26 del cuestionario. Los resultados obtenidos se presentan a continuación.

Pregunta	Respuesta				
	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	En extremo
5. ¿Cuánto disfruta de la vida?	1	17	17	51	14
6. ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	9	18	34	38
7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	14	39	37	9
	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	7	25	30	20	18
	Nada	Poco	Lo normal	Bastante	Muy satisfecho
19. ¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	2	17	25	40	16
	Nunca	Raramente	Lo normal	Frecuente-mente	Siempre
26. ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	5	24	40	24	7

Tabla Nro. 7: Cantidad de pacientes según respuesta a los ítems correspondientes al dominio "psicológico" del cuestionario WHOQOL-BREF

El score promedio correspondiente al aspecto psicológico resultó de 61,19 +/- 18,53, con valores entre 19 y 100 y una mediana de 63. La diferencia entre los promedios correspondientes a las distintas condiciones de IMC resultó estadísticamente significativa (ANOVA, $p < 0,001$). En particular, el score medio de los pacientes con peso normal difiere significativamente del correspondiente a los pacientes con sobrepeso y al de los individuos con obesidad tipo 3. Además, difieren significativamente los promedios de los pacientes con obesidad tipo 1 y tipo 3 (comparaciones múltiples de Tukey).

Clasificación IMC	n	Media	Desvío std.
Normal	30	71,17	15,57
Sobrepeso	23	57,04	18,51
Obesidad Tipo 1	20	62,05	17,96
Obesidad Tipo 2	17	59,00	16,58
Obesidad Tipo 3	10	42,80	15,02

Tabla Nro. 8: Scores correspondientes al dominio “psicológico”, según IMC

Relaciones interpersonales

Este dominio se define mediante las preguntas 20, 21 y 22 del cuestionario. Los resultados obtenidos se muestran a continuación.

Pregunta	Respuesta				
	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Muy satisfecho
20. ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	2	13	24	40	21
21. ¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	8	20	24	29	19
22. ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	3	11	25	33	28

Tabla Nro. 9: Cantidad de pacientes según respuesta a los ítems correspondientes al dominio “relaciones interpersonales” del cuestionario WHOQOL-BREF

El score promedio correspondiente a las relaciones interpersonales resultó de 64,28 +/- 23,79, con valores entre 0 y 100 y una mediana de 69. La diferencia entre los promedios correspondientes a las distintas condiciones de IMC resultó estadísticamente significativa (ANOVA, $p=0,013$). En particular, difieren los promedios correspondientes a pacientes con peso normal y con sobrepeso (comparaciones múltiples de Tukey).

Clasificación IMC	n	Media	Desvío std.
Normal	30	75,70	22,26
Sobrepeso	23	57,35	20,51
Obesidad Tipo 1	20	58,75	29,11
Obesidad Tipo 2	17	66,53	20,50
Obesidad Tipo 3	10	53,20	17,09

Tabla Nro. 10: Scores correspondientes al dominio “relaciones interpersonales”, según IMC

Entorno

Para analizar esta dimensión, se utilizan las preguntas 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 y 25 del cuestionario. A continuación, se muestran los resultados obtenidos.

Pregunta	Respuesta				
	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	En extremo
8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	3	17	38	34	8
9. ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	3	17	41	34	5
	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	5	9	45	32	9
13. ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	20	51	26
14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	2	12	31	45	10
	Nada	Poco	Lo normal	Bastante	Muy satisfecho
23. ¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	1	5	16	39	39
24. ¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	0	5	20	30	45
25. ¿Cuán satisfecho está con su transporte?	1	4	25	31	39

Tabla Nro. 11: Cantidad de pacientes según respuesta a los ítems correspondientes al dominio “entorno” del cuestionario WHOQOL-BREF

El score promedio correspondiente al entorno resultó de 68,93 +/- 13,96, con valores entre 31 y 100 y una mediana de 69. La diferencia entre los promedios correspondientes a las distintas condiciones de IMC resultó estadísticamente significativa (ANOVA, $p=0,007$). En particular, difieren los promedios correspondientes a pacientes con peso normal y con obesidad tipo 3 (comparaciones múltiples de Tukey).

Clasificación IMC	n	Media	Desvío std.
Normal	30	75,27	12,96
Sobrepeso	23	66,48	13,41
Obesidad Tipo 1	20	68,50	12,69
Obesidad Tipo 2	17	68,24	15,12
Obesidad Tipo 3	10	57,60	11,16

Tabla Nro. 12: Scores correspondientes al dominio "entorno", según IMC

Calidad de vida y satisfacción con la salud

Las preguntas 1 y 2 del cuestionario indagan sobre la autopercepción de la calidad de vida y la satisfacción con la salud. Las respuestas obtenidas se presentan en la tabla siguiente.

Pregunta	Respuesta				
	Muy mal	Un poco mal	Normal	Bien	Muy bien
1. ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	4	22	19	30	25
	Nada	Poco	Lo normal	Bastante	Muy satisfecho
2. ¿Cuán satisfecho está con su salud?	5	14	27	29	25

Tabla Nro. 13: Cantidad de pacientes según respuesta a los ítems correspondientes a la autopercepción de calidad de vida y salud del cuestionario WHOQOL-BREF

El puntaje promedio asignado a la calidad de vida fue de 3,50 +/- 1,20 y el 50% de las respuestas tuvieron puntajes de 4 o más (es decir, calidad normal o

superior). El puntaje promedio difirió significativamente entre las clasificaciones según IMC (ANOVA, $p < 0,001$). El promedio de quienes tenían peso normal fue mayor que el observado en los grupos restantes, mientras que el de los pacientes con obesidad tipo 3 fue inferior a todos los demás (comparaciones múltiples de Tukey).

Clasificación IMC	n	Media	Desvío std.
Normal	30	4,30	0,79
Sobrepeso	23	3,39	1,23
Obesidad Tipo 1	20	3,30	1,17
Obesidad Tipo 2	17	3,29	1,05
Obesidad Tipo 3	10	2,10	0,88

Tabla Nro. 14: Puntajes otorgados a la calidad de vida, según IMC

El puntaje promedio asignado a la satisfacción con la salud fue de 3,55 +/- 1,16 y el 50% de las respuestas tuvieron puntajes de 4 o más (es decir, normal o superior). El puntaje promedio difirió significativamente entre las clasificaciones según IMC (ANOVA, $p < 0,001$). El promedio de quienes tenían peso normal fue mayor que el observado en los pacientes con obesidad (tipo 1, 2 y 3), mientras que el de los pacientes con obesidad tipo 3 fue inferior a todos los demás (comparaciones múltiples de Tukey).

Clasificación IMC	n	Media	Desvío std.
Normal	30	4,27	0,83
Sobrepeso	23	3,57	1,04
Obesidad Tipo 1	20	3,40	1,14
Obesidad Tipo 2	17	3,29	1,05
Obesidad Tipo 3	10	2,10	0,99

Tabla Nro. 15: Puntajes otorgados a la satisfacción con la salud, según IMC

Utilización de medicamentos

De los 100 pacientes en estudio, 37 manifestaron que utilizaban algún fármaco prescrito para tratar alguna patología relacionada a la obesidad. De ellos, 22 usaban levotiroxina, 14 utilizaban antihipertensivos, 8 requerían hipoglucemiantes, 7 utilizaban analgésicos, 7 tomaban antidepresivos, 1 utilizaba hipolipemiantes, 1 tomaba ansiolíticos y 1 requería antiepilépticos.

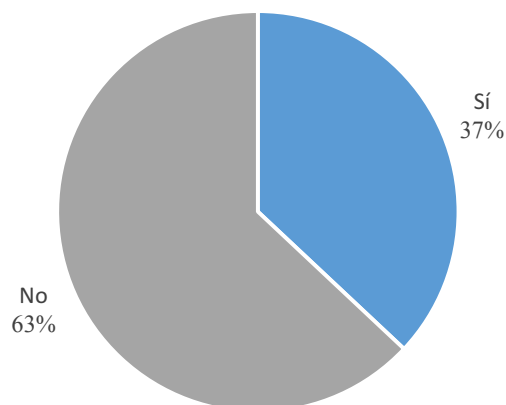


Gráfico Nro. 5: Distribución de los pacientes según utilización de medicamentos en la actualidad

Además, 17 individuos manifestaron haber dejado de consumir, por prescripción médica, algún fármaco durante el tratamiento de descenso o mantenimiento de

peso. Se trataba de antihipertensivos en 9 casos, hipoglucemiantes en 8 casos, hipolipemiantes en 2 pacientes, analgésicos en 2 pacientes, antidepresivos en 1 caso y ansiolíticos, en otro caso.

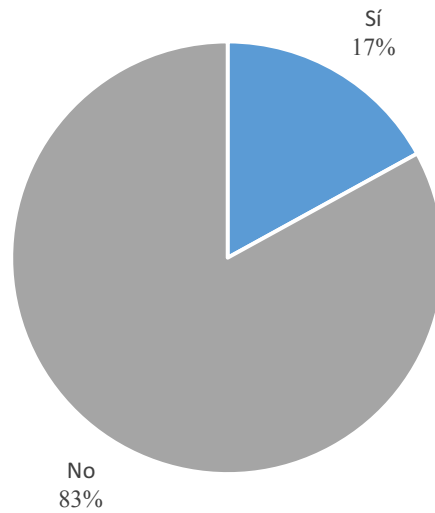


Gráfico Nro. 6: Distribución de los pacientes según desprescripción de medicamentos durante tratamiento

Discusión

La obesidad ha sido considerada como una enfermedad que acorta la vida, produce o agrava múltiples padecimientos y se ha constituido como la pandemia del siglo XXI. Las proyecciones de prevalencia para años venideros son negativos y alarmantes; y el enfoque medico solamente no parece ser suficiente para reducir el avance de esta patología multifactorial. El objetivo de esta investigación es mostrar la calidad de vida en los pacientes que se encuentren realizando un tratamiento de descenso o mantenimiento de peso y como este influye en esa percepción. Se ha revisado bibliografía y estudios previamente realizados para establecer una relación con la presente investigación.

En el trabajo de Huang y otros (Huang, Frangakis y Wu, 2006) realizado con un total de 14.221 pacientes en Taiwan, evaluando la calidad de vida con respecto a la salud y utilizando como variables el índice de masa corporal y HRQOL (health related quality of life), se encontró una significativa diferencia entre personas en su rango de peso normal, en sobrepeso y también en obesidad siendo mas importante el descenso de calidad de vida, cuanto mayor el índice de masa corporal era.

En concordancia con este trabajo, se pudo mostrar que la percepción de calidad de vida de los pacientes evaluados fue inversamente proporcional al IMC, encontrando los puntajes mas altos en pacientes con peso normal y los valores mas bajos en los pacientes con obesidad tipo 3.

En el trabajo final de Santiago Elías (Santiago, 2013) realizado en la Universidad Abierta Interamericana con 100 estudiantes, utilizando la misma

herramienta de recolección de datos que en esta investigación (WHOQOL-BREF) e iguales medidas antropométricas se encontró que la población con bajo peso o peso normal, tiene mayor probabilidad de percibir como muy buena su calidad de vida que la población con sobrepeso u obesidad.

En la investigación realizada por Pan y otros (Pan, Geliebter y Cole, 2011) donde se administró el cuestionario WHOQOL-BREF a un grupo de 67 personas antes y después de someterse a un tratamiento de descenso de peso de 3 meses, el cual solo el 57,6% completó, se obtuvieron mejorías en todos los dominios de la encuesta, en todos los sujetos y fue significativamente superior en aquellos que habían descendido un 5% o más de su peso inicial. En esta investigación no se realizó una comparación directa de la calidad de vida de cada sujeto antes y después del proceso de descenso pero se comparó aquellos que se encontraban realizando el tratamiento de descenso con los que ya lo habían completado y se mantenían en su peso normal. Se obtuvieron resultados cualitativamente y cuantitativamente similares a los antes consignados.

En la investigación de Pan y otros (Pan et al., 2011) también se evaluaron análisis de laboratorio antes y después de la intervención para el descenso del peso, encontrando que con solo un 5% de reducción del peso inicial, la función hepática había mejorado, mostrando variaciones en los valores de colesterol total, LDL y HDL. También los controles de presión arterial y glicemia fueron inferiores a la primera toma.

En esta investigación, si bien no se realizaron análisis de laboratorio, se encuestó a los pacientes en relación al consumo y abandono prescrito de medicamentos para tratar las patologías mas relacionadas a la obesidad (diabetes, hiperlipidemia, hipertensión, hipotiroidismo y otras) y se encontró que

17% habían dejado de consumir fármacos al haber descendido de peso o llegado a su peso normal; siendo entre ellos la mayor proporción de fármacos suspendidos los antihipertensivos, hipoglucemiantes e hipolipemiantes. Se pudo establecer entonces una relación directa entre ambas investigaciones y mostrar que al descender de peso, incluso con un descenso menor, mejora el pronóstico de las comorbilidades de estos sujetos.

En la investigación de Rojo-Martinez y otros (Rojo-Martinez, Valdes, Colomo, Lucena, Gaztambide, Gomis y Serrano-Rios, 2013), realizada con 5.554 personas en todo el territorio español, se utilizó un cuestionario estructurado con preguntas sobre variables sociodemográficas, clínicas, de estilo de vida y en el cual también se preguntó a cada participante por los fármacos que consumía en relación a diabetes mellitus y al riesgo cardiovascular (antihipertensivos, hipoglucemiantes, hipolipemiantes, hormona tiroidea, AINES y psicofármacos). Se encontró que el 66% de la población general consume uno o más de estos fármacos y que el número de fármacos consumidos aumenta con la edad, la obesidad, el sexo femenino y la diabetes mellitus diagnosticada.

En la presente investigación, se pudo ver que 37% de la población consumía alguno de los fármacos mencionados, encontrándose una diferencia en la prevalencia, pero una similitud con los fármacos más utilizados (levotiroxina, hipoglucemiantes y antihipertensivos).

Se ha puesto en evidencia tanto en esta investigación como en los anteriores trabajos analizados que la posibilidad de percibir de manera más negativa la calidad de vida está relacionada directamente con el sobrepeso y obesidad de los sujetos estudiados; y que al disminuir el peso o mantenerlo en

sus valores normales, las comorbilidades crónicas asociadas a la obesidad y su consecuente consumo de fármacos disminuye.

Conclusión

Hoy en día uno de cada dos adultos y uno de cada seis niños en el área de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico sufren de sobrepeso u obesidad. Esta epidemia se ha continuado expandiendo en los últimos cinco años aunque a un ritmo mas lento. A pesar de esto, las nuevas proyecciones muestran un continuo aumento para las próximas décadas en todos los países estudiados (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2017)

Considerando el cambio en el estilo de vida y los hábitos alimenticios⁽³⁾ que se produjeron en el pasado y que han derivado en un progresivo incremento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad, el fin de esta investigación fue conocer la calidad de vida de los pacientes que se encontraban realizando un tratamiento de descenso o mantenimiento de peso en el Centro Médico Dr. Máximo Ravenna de la ciudad de Rosario y Centro Médico Dr. Máximo Ravenna de la ciudad de Santa Fe en el período que comprendió los meses de marzo y abril del año 2018.

Con este objetivo se encuestó a 100 pacientes de entre 18 y 71 años de los cuales 72 eran mujeres. 70 pacientes no estaban en su peso saludable, entendiéndose que realizaban el tratamiento en la etapa de descenso de peso.

Analizando los valores antropométricos de los encuestados se pudo ver que el descenso promedio de peso fue de 22,7 kg.

Se observó que todos los pacientes se mantuvieron en la misma categoría inicial o bien mejoraron su clasificación según el IMC.

Con respecto a la percepción general de la calidad de vida, se encontró que la mitad de los pacientes encuestados considera tener una calidad normal o superior al momento de la realización de esta investigación. Se observó que el promedio de quienes tenían peso normal fue mayor que en los grupos restantes, mientras que el de los pacientes con obesidad tipo 3 fue inferior a todos los demás.

La mitad de los pacientes se consideraba satisfecho con su salud, con puntajes de 4 o más en sus respuestas. El puntaje promedio de quienes tenían peso normal fue mayor al observado en los pacientes con obesidad, mientras que el de los pacientes con obesidad tipo 3 fue inferior a todos los demás.

Respecto a los 4 dominios de la calidad de vida analizados en la WHOQOL-BREF se encontraron:

- Salud física: la percepción de los pacientes en peso normal fue superior a todas las restantes y la de los individuos en obesidad tipo 3, inferior a todas las demás.
- Aspecto psicológico: el score medio de los pacientes con peso normal difirió significativamente del de los sujetos con sobrepeso y al de los individuos con obesidad tipo 3. Además, fueron significativamente diferente los promedios de los pacientes con obesidad tipo 1 y tipo 3
- Relaciones interpersonales: la diferencia en los puntajes fue significativa en todas las clasificaciones de IMC.
- Entorno: se encontró una diferencia significativa en los puntajes de los pacientes en su peso y los pacientes en obesidad tipo 3.

Con respecto a la utilización actual de medicamentos para tratamientos de patologías relacionadas a la obesidad, más de un tercio de los pacientes manifestó el consumo de alguno de ellos. Además, el 17% de individuos manifestó haber dejado de consumir, por prescripción médica, algún fármaco durante el tratamiento, lo que resalta la importancia del descenso de peso para la mejoría de la calidad de vida.

Se pudo apreciar una probabilidad más alta de que las mujeres busquen iniciar un tratamiento de descenso o mantenimiento de peso que los hombres.

Quedó demostrada la posibilidad de un descenso de peso y cuán importante es éste en la percepción de todos los aspectos subjetivos y de relación interpersonal de la vida de las personas.

Se mostró que la probabilidad de percibir una mejor calidad de vida es mayor cuanto más se acerca el sujeto a su peso saludable y se pudo visualizar que al descender de peso disminuye la probabilidad de sufrir comorbilidades crónicas y su consecuente consumo de fármacos.

Para concluir se puede reafirmar lo que trabajos anteriores han observado: ***las personas con sobrepeso y obesidad tienen mayor probabilidad de percibir su calidad de vida de manera más negativa que las personas en su peso normal.***

Citas bibliográficas

- Aranceta-Bartrina, J., Pérez-Rodrigo, C., Alberdi-Aresti, G., Ramos-Carrera, N., Lázaro-Masedo, S. (2016). Prevalencia de obesidad general y obesidad abdominal en la población adulta española (25–64 años) 2014–2015: estudio ENPE. *Revista Española de Cardiología*, 69(6), 579-587.
- Armas-Hernandez, M. J., Hernandez-Hernandez, R., Schardgrosky, H., Silva, H. (2016). Ps 09-12 Obesity, Prevalence, In Urban Population Of Latin America: Evaluation From The Carmela Study. *Journal of Hypertension*, 34, e321.
- Cervera, S. B., Campos-Nonato, I., Rojas, R., Rivera, J. (2010). Obesidad en México: epidemiología y políticas de salud para su control y prevención. *Órgano Oficial de la Academia Nacional de Medicina de México, AC*, 146, 397-407.
- Farreras, R. (2012). *Medicina Interna*. España. Elsevier.
- Foz, M. (2004). Historia de la obesidad. Obesidad: un reto sanitario de nuestra civilización. *Monografías Humanitas*. Barcelona, Fundación Medicina y Humanidades Médicas, 6, 3-19.
- Goldberg, A. (2016). *Dislipidemia*. Washington University School of Medicine. Disponible en:
<https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-endocrinos-y-metab%C3%B3licos/trastornos-de-los-l%C3%ADpidos/dislipidemia>

- Huang, I.C., Frangakis, C., Wu, A. W. (2006). The relationship of excess body weight and health-related quality of life: evidence from a population study in Taiwan. *International journal of obesity*, 30(8), 1250.
- Massa Hortigüela, C. (1998). Panorámica cultural de la obesidad: entre la armonía y la desmesura. *Revista de la Asociación de Neuropsiquiatría*, vol. XVIII, n68.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2017). *Obesity Update 2017*. Disponible en <https://www.oecd.org/els/health-systems/Obesity-Update-2017.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Obesidad y sobrepeso*. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Organización Mundial de la Salud. Grupo sobre la calidad de vida (1995). *The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization*. *Social science and medicine*, 41: 1403-1409.
- Pan, H.J., Cole, B. M., Geliebter, A. (2011). The benefits of body weight loss on health-related quality of life. *Journal of the Chinese Medical Association*.
- Power, M., Bullinger, M., Harper, A., (1999). The World Health Organization WHOQOL -100: Tests of the universality of quality of life in 15 different cultural groups worldwide. *Health Psicol*; 18: 495-505.
- Ravenna M. (2009). *De la A a la Z: El ABC del sobrepeso*. Buenos Aires. Ediciones B.
- Ravenna, M. (2006). *Una delgada línea: entre el exceso y la medida*. Buenos Aires. Galerna.

- Rojo-Martínez, G., Valdés, S., Colomo, N., Lucena, M. I., Gaztambide, S., Gomis, R., Serrano-Ríos, M. (2013). Consumo de fármacos relacionados con el tratamiento de la diabetes mellitus y otros factores de riesgo cardiovascular en la población española. *Revista Española de Cardiología*.
- Salvador Cabedo, M. (2003). Hacia un concepto integral de calidad de vida: La Universidad y los mayores. *Universitat Jaume*. 93-112.
- Santiago, E. (2013). Calidad de vida, sobrepeso-obesidad y sedentarismo en estudiantes universitarios de la ciudad de Rosario. *Universidad Abierta interamericana*.
- Skevington S.M., Lotfy M., O'Connell K. (2004). The World Health Organization's WHOQOL -BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL Group. *Qual life Res*; 13: 299-310.
- *Tratados hipocráticos* (1986). Gredos, Madrid.
- Urzúa, M., Cortés, R., Prieto, C., Vega B., Tapia N. (2009). Autoreporte de la Calidad de Vida en Niños y Adolescentes Escolarizados. *Revista chilena de pediatría*, 80(3), 238-244.
- World Health Organization. (2006). BMI Classification. Disponible en http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html

Anexos

Cuestionario para recolección de datos

FECHA ____ / ____ / ____

DATOS PERSONALES, ANTROPOMETRICOS Y DEL TRATAMIENTO

SEXO F M EDAD _____ FECHA INICIO TTO. ____ / ____ / ____
 PESO INICIO _____ kg. / ACTUAL _____ kg.
 TALLA _____ m.

- ¿Se encuentra usted en el rango de peso saludable indicado por los profesionales? SI NO
- ¿Toma usted algún fármaco prescripto para tratar alguna patología relacionada a la obesidad? SI NO

Indique que tipo: Antihipertensivos
 Levotiroxina
 Hipolipemiantes
 Analgésicos
 Antidepresivos
 Hipogluce miantes
 Otro _____

- ¿Dejó de consumir por prescripción medica algún fármaco durante su tratamiento de descenso o mantenimiento de peso? SI NO

Indique que tipo: Antihipertensivos
 Levotiroxina
 Hipolipemiantes
 Analgésicos
 Antidepresivos
 Hipogluce miantes
 Otro _____

CALIDAD DE VIDA THE WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE (WHOQOL) -BREF

INSTRUCCIONES: Se evaluará como usted se siente acerca de su calidad de vida, la salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste todas las preguntas. Si no está seguro de que respuesta dar a una pregunta, por favor elija la respuesta que le parece mas apropiada.

1. ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?

Muy mal	Un poco mal	Normal	Bien	Muy bien

2. ¿Cuán satisfecho está con su salud?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante	Muy satisfecho

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas:

3. ¿Hasta que punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	En extremo

4. ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	En extremo

5. ¿Cuánto disfruta de la vida?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	En extremo

6. ¿Hasta que punto siente que su vida tiene sentido?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	En extremo

7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?

Ninguna	Poca	Lo normal	Bastante	Extrema

8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?

Ninguna	Poca	Lo normal	Bastante	Extrema

9. ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	En extremo

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan totalmente” usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.

10. ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente

11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente

12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente

13. ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente

14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente

15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente

Las siguientes preguntas hacen referencia a "cuan satisfecho o bien" se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas.

16. ¿Cuán satisfecho está con su sueño?	Nada	Poco	Lo normal	Bastante	Muy satisfecho
17. ¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	Nada	Poco	Lo normal	Bastante	Muy satisfecho
18. ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	Nada	Poco	Lo normal	Bastante	Muy satisfecho
19. ¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	Nada	Poco	Lo normal	Bastante	Muy satisfecho
20. ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	Nada	Poco	Lo normal	Bastante	Muy satisfecho
21. ¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	Nada	Poco	Lo normal	Bastante	Muy satisfecho
22. ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	Nada	Poco	Lo normal	Bastante	Muy satisfecho
23. ¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	Nada	Poco	Lo normal	Bastante	Muy satisfecho
24. ¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	Nada	Poco	Lo normal	Bastante	Muy satisfecho
25. ¿Cuán satisfecho está con su transporte?	Nada	Poco	Lo normal	Bastante	Muy satisfecho

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas.

26. ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	Nunca	Raramente	Lo normal	Frecuentemente	Siempre

Tabulación de datos

		FARMACOS		DATOS ANTROPOMÉTRICOS										CALIDAD DE VIDA																																					
				Lugar	Se encuentra en peso saludable?	Sexo	Edad	Talla en M	Peso inicio en Kg.	Talla al cuadrado	IMC inicio	Clasificación OMS	Peso actual en Kg.	IMC actual	Clasificación OMS	Diferencia peso em Kg.	Diferencia IMC	Farmaco actual	Farmaco dejado	Como puntúan su calidad de vida					Salud Física					Psicologico					Relaciones Interpersonales					Entorno											
																				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
1	F	42	NO	ROS	1,66	91,00	2,76	33,02	OB1	76,00	27,58	SP	15,00	5,44	NO		NO	4	3	4	5	3	3	4	4	4	4	2	2	3	19	56	3	3	9	50	3	3	4	5	5	3	4	5	5	3	3	4	30	69	
2	F	51	NO	ROS	1,78	108,00	3,17	34,09	OB1	108,00	34,09	OB1	0,00	0,00	SI	1,2,6		2	1	2	2	4	4	2	3	18	38	3	4	3	4	19	56	3	2	3	8	44	1	5	3	5	2	5	5	5	31	75			
3	F	18	SI	ROS	1,55	59,00	2,40	24,56	PS	57,50	23,93	PS	1,50	0,62	NO			4	4	3	5	2	5	3	4	4	26	69	4	4	4	2	21	63	4	4	3	11	69	3	4	3	4	4	4	4	4	4	29	69	
4	F	48	NO	ROS	1,65	80,00	2,72	29,38	SP	75,00	27,55	SP	5,00	1,84	SI	1,2		3	3	4	4	3	3	3	3	4	24	63	3	3	3	4	19	56	3	3	9	50	3	3	3	2	3	3	3	3	3	23	50		
5	M	56	NO	ROS	1,78	108,00	3,17	34,09	OB1	100,00	31,56	OB1	8,00	2,52	NO		NO	2	3	4	4	2	4	2	3	4	23	56	2	3	2	2	14	31	1	2	1	4	6	2	1	5	3	2	2	3	4	22	44		
6	F	43	SI	ROS	1,68	73,00	2,82	25,86	SP	63,00	22,32	PS	10,00	3,54	NO		NO	4	4	4	5	2	5	2	3	4	25	63	3	3	3	3	18	50	3	2	4	9	50	3	3	4	4	5	4	5	4	32	75		
7	F	46	SI	ROS	1,60	104,00	2,56	40,63	OB3	63,00	24,61	PS	41,00	16,02	NO	SI	1	3	5	2	5	4	5	4	4	29	81	4	4	4	3	4	2	21	63	4	4	4	12	75	3	2	4	4	4	3	4	4	27	63	
8	F	35	SI	ROS	1,62	80,00	2,62	30,48	OB1	59,00	22,48	PS	21,00	8,00	NO		NO	3	4	3	2	4	5	3	4	4	25	63	4	4	4	3	4	23	69	4	4	4	12	75	4	4	3	4	5	4	4	5	33	81	
9	M	46	NO	ROS	1,75	158,00	3,06	51,59	OB3	113,00	36,90	OB2	45,00	14,69	NO		NO	4	4	2	4	4	4	4	4	26	69	4	5	4	3	4	3	23	69	4	4	5	13	81	4	3	4	4	4	4	3	4	29	69	
10	F	53	NO	ROS	1,56	72,40	2,43	29,75	SP	65,30	26,83	SP	7,10	2,92	SI	5,6		1	2	2	4	5	2	3	1	19	44	4	5	2	3	3	20	56	4	1	5	10	56	3	4	3	4	3	4	5	4	30	69		
11	M	28	NO	ROS	1,73	124,00	2,99	41,43	OB3	124,00	41,43	OB3	0,00	0,00	NO		NO	2	2	3	3	5	2	2	5	23	56	4	5	3	2	5	3	22	69	3	3	5	11	69	3	2	4	3	2	4	5	5	28	63	
12	M	41	NO	ROS	1,63	89,00	2,66	33,50	OB1	85,00	31,99	OB3	4,00	1,51	NO		NO	4	3	5	2	5	3	4	4	27	69	4	4	3	2	4	4	21	63	4	4	4	12	75	4	2	2	3	3	4	4	4	26	56	
13	F	65	SI	ROS	1,64	71,00	2,69	26,40	SP	55,00	20,45	PS	16,00	5,95	NO		NO	4	5	5	5	5	4	5	4	33	94	5	5	4	5	4	2	25	81	4	4	5	13	81	2	4	4	4	4	4	5	5	32	75	
14	F	53	SI	ROS	1,68	123,60	2,82	43,79	OB3	67,70	23,99	PS	55,90	19,81	NO		NO	5	5	4	5	5	5	5	5	34	94	5	5	5	5	4	29	94	5	5	4	14	94	5	4	4	5	4	5	4	5	37	93		
15	M	50	SI	ROS	1,87	122,50	3,50	35,03	OB2	87,00	24,88	PS	35,50	10,15	NO		NO	5	5	5	4	4	3	4	4	29	81	4	5	4	5	4	4	26	81	5	5	5	15	100	4	3	4	3	4	5	3	3	28	63	
16	F	63	SI	ROS	1,63	77,00	2,66	28,98	SP	65,70	24,73	PS	11,30	4,25	NO		NO	3	4	3	3	4	5	2	3	3	23	56	4	3	2	4	3	19	56	3	2	3	8	44	3	3	4	4	3	3	4	3	26	56	
17	F	59	NO	ROS	1,69	81,60	2,86	28,57	SP	78,40	27,45	SP	3,20	1,12	SI	2,5		2	5	5	4	5	4	3	3	29	81	3	5	3	2	4	3	20	56	5	4	4	13	81	3	3	5	5	5	5	5	5	34	81	
18	F	41	NO	ROS	1,63	73,80	2,66	27,78	SP	66,80	25,14	SP	7,00	2,63	NO		NO	2	3	5	4	3	4	1	2	1	20	44	2	2	3	2	2	13	31	2	1	2	5	19	2	2	1	3	3	2	3	4	20	38	
19	F	46	NO	ROS	1,72	102,50	2,96	34,65	OB1	99,00	33,46	OB1	3,50	1,18	NO		NO	3	3	2	3	4	4	3	4	24	63	4	4	3	4	4	4	23	69	4	3	3	10	56	4	4	5	4	3	5	4	4	33	81	
20	F	36	NO	ROS	1,65	106,70	2,72	39,19	OB2	99,50	36,55	OB2	7,20	2,64	SI	2,6		4	4	5	4	3	5	2	3	2	24	63	4	3	2	2	2	3	16	44	4	2	4	10	56	3	4	4	5	4	3	5	4	32	75

81	F	68	NO	SFE	1,47	110,60	2,16	51,18	O83	92,60	42,85	O83	18,00	8,33	SI	1,2,4,5	NO		3	2	1	4	3	2	4	4	4	4	22	56	2	2	3	2	3	2	3	4	16	44	2	2	3	7	31	3	3	1	4	4	4	4	27	63		
82	M	31	SI	SFE	1,83	95,00	3,35	28,37	SP	83,00	24,78	PS	12,00	3,58	NO		NO		4	3	5	5	5	5	5	5	5	5	26	81	5	5	5	15	100	3	2	4	5	26	81	5	5	5	15	100	3	2	4	5	5	5	5	3	30	69
83	F	30	NO	SFE	1,64	100,00	2,69	37,18	O82	85,00	31,60	O81	15,00	5,58	SI	2,4,5	NO		2	2	3	4	2	4	2	1	1	17	38	2	1	2	1	3	0	1	2	3	4	10	19	1	1	1	3	0	1	2	3	4	3	4	5	25	56	
84	M	50	NO	SFE	1,76	120,00	3,10	38,74	O82	84,00	27,12	SP	36,00	11,62	NO		NO		4	4	3	4	4	3	4	3	4	3	20	56	2	3	2	7	31	4	3	3	3	20	56	2	3	2	7	31	4	3	3	4	4	5	29	69		
85	F	55	SI	SFE	1,50	52,00	2,25	23,11	PS	42,40	18,84	PS	9,60	4,27	SI	3	NO		5	4	4	4	5	2	4	4	5	4	27	88	5	5	5	15	100	4	4	5	4	27	88	5	5	4	27	88	5	5	4	4	4	5	35	88		
86	F	31	NO	SFE	1,66	131,30	2,76	47,65	O83	107,80	39,12	O82	23,50	8,53	NO		NO		3	1	2	2	4	5	3	4	3	23	56	2	4	3	8	44	3	2	3	3	18	50	2	2	4	8	44	3	2	3	3	4	23	50				
87	M	42	NO	SFE	1,74	118,80	3,03	39,24	O82	89,80	29,66	SP	29,00	9,58	NO		NO		5	5	2	5	5	5	4	4	5	30	81	4	5	4	13	81	4	4	4	4	25	81	5	4	4	13	81	4	4	3	4	4	4	5	31	75		
88	F	52	SI	SFE	1,62	97,90	2,62	37,30	O82	65,50	24,96	PS	32,40	12,35	NO		NO		5	3	2	3	4	5	5	5	5	29	81	5	5	4	14	94	4	4	4	5	3	26	81	5	4	5	14	94	4	4	4	4	5	5	35	88		
89	F	63	NO	SFE	1,56	107,00	2,43	43,97	O83	90,00	36,98	O82	17,00	6,99	NO		NO		3	4	2	2	5	5	4	5	5	28	75	4	5	3	14	94	4	3	3	3	18	50	4	5	5	14	94	4	3	3	4	4	2	2	26	56		
90	F	51	NO	SFE	1,65	113,50	2,72	41,69	O83	98,50	36,18	O82	15,00	5,51	NO		NO		4	2	2	2	4	4	2	3	2	19	44	2	2	2	7	31	2	2	2	2	12	25	2	1	4	7	31	2	2	1	2	2	5	2	20	38		
91	F	44	SI	SFE	1,64	74,00	2,69	27,51	SP	61,80	22,98	PS	12,20	4,54	NO		NO		5	5	5	2	5	4	5	5	31	88	5	4	3	10	56	3	3	4	3	23	69	4	3	3	10	56	3	3	4	4	3	4	5	5	31	75		
92	F	37	SI	SFE	1,63	90,00	2,66	33,87	O81	56,00	21,08	PS	34,00	12,80	NO		NO		5	5	5	4	5	5	5	5	34	94	5	5	5	15	100	5	5	5	5	30	100	5	5	5	30	100	5	5	5	5	5	5	5	5	40	100		
93	F	55	NO	SFE	1,54	93,00	2,37	39,21	O82	89,40	37,70	O82	3,60	1,52	NO		NO		1	2	2	2	5	1	1	5	18	38	2	3	1	6	25	2	3	3	1	10	19	2	1	3	6	25	2	3	1	1	4	3	4	21	44			
94	M	43	NO	SFE	1,89	138,80	3,57	38,86	O82	95,00	26,60	SP	43,80	12,26	NO		NO		4	4	5	2	3	5	3	3	23	56	2	2	2	6	25	2	4	4	14	31	2	2	2	6	25	2	4	4	4	3	4	5	5	31	75			
95	F	42	SI	SFE	1,63	135,00	2,66	50,81	O83	62,00	23,34	PS	73,00	27,48	NO		SI	6	5	5	5	5	5	5	5	35	100	5	5	5	15	100	5	4	3	4	29	94	5	5	5	15	100	5	4	3	4	4	5	5	33	81				
96	F	53	SI	SFE	1,64	96,00	2,69	35,69	O82	61,00	22,68	PS	35,00	13,01	NO		SI	1,6	3	3	5	5	2	5	1	5	28	75	3	3	4	15	100	4	3	4	5	21	63	5	5	5	15	100	4	3	4	5	5	5	5	34	81			
97	F	58	NO	SFE	1,62	148,80	2,62	56,70	O83	117,00	44,58	O83	31,80	12,12	SI	1,2,4,6	NO		2	2	2	1	2	3	2	4	18	38	2	3	2	9	50	2	3	3	4	15	38	3	2	4	9	50	2	3	3	5	3	4	5	30	69			
98	F	38	NO	SFE	1,67	77,00	2,79	27,61	SP	69,00	24,74	PS	8,00	2,87	NO		NO		4	4	5	5	5	5	5	35	100	4	5	4	12	75	4	4	4	4	26	81	4	4	4	12	75	4	4	5	5	5	5	5	38	94				
99	F	52	NO	SFE	1,64	126,20	2,69	46,92	O83	77,00	28,63	SP	49,20	18,29	SI	2	SI	6	5	4	4	5	4	4	4	30	81	4	5	3	12	75	4	2	3	3	21	63	4	4	4	12	75	4	2	3	3	5	5	5	30	69				
100	F	48	NO	SFE	1,64	98,70	2,69	36,70	O82	74,80	27,81	SP	23,90	8,89	NO		SI	6	3	3	4	1	3	4	2	3	4	21	50	3	4	3	9	50	3	3	3	18	50	3	3	3	9	50	3	3	3	4	3	4	4	27	63			

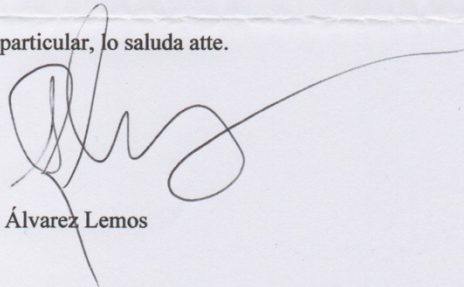
Autorizaciones

Rosario, 10 de junio de 2018

Sr. Director de la Carrera de Medicina
de la Universidad Abierta Interamericana
Sede Regional Rosario
Dr. Guillermo Weisburd

El que suscribe, Dr. Raul Alvarez Lemos, Medico Cardiólogo, declaro por medio de la presente que siendo tutor del trabajo final de carrera denominado "**Calidad de vida en pacientes que se encuentran realizando un tratamiento de descenso o mantenimiento de peso en dos centros médicos de la ciudad de Rosario y Santa fe en el año 2018.**" Cuyo autor es el alumno Kinderknecht Silvestre del sexto año de la carrera de medicina. Autorizo su presentación para la evaluación correspondiente y me comprometo a acompañarlo en el acto de defensa del mismo ante las autoridades del tribunal evaluador, según las reglas dispuestas por la facultad.

Sin otro particular, lo saluda atte.



Dr. Raúl Álvarez Lemos

Rosario 11 de noviembre de 2017


Dr. Rubén Farías

Mi nombre es Silvestre Kinderknecht, DNI: 34.679.290, soy alumno de sexto año de la Universidad Abierta Americana (U.A.I.) y estoy desarrollando el Trabajo Final de la carrera de Medicina, denominado "**Calidad de vida en pacientes que se encuentran realizando un tratamiento de descenso o mantenimiento de peso en dos centros médicos de la ciudad de Rosario y Santa Fe en el año 2018.**"

Solicito, a través de esta nota, autorización para la realización de encuestas a los pacientes que concurren a las instituciones que usted dirige, "Centro Médico Dr. Máximo Ravenna" de la ciudad de Rosario y "Centro Médico Dr. Máximo Ravenna" de la ciudad de Santa Fe para completar mi trabajo de investigación. Las encuestas se realizarán en los meses de febrero y marzo del año 2018.

Aprovecho la oportunidad para saludarlo muy atentamente y a la espera de una pronta y favorable respuesta.


DR. RUBÉN F. FARIAS
DIRECTOR DEL CMO
MAT. PROV. 8078 - MAT. NAC. 90178


Silvestre Kinderknecht

Mail: Silvestremk@gmail.com

Cel. 0345 6251536

Sobre el tratamiento

El tratamiento propuesto en el Centro Medico Dr. Máximo Ravenna consta de dos partes:

La primera etapa es el descenso rápido hasta alcanzar el "peso saludable" que es aquel que se encuentre en la clasificación de rango normal del peso por el IMC y que el paciente sea capaz de mantener, sin comida de mas. La segunda etapa es el tratamiento para el mantenimiento del peso.

En ambas etapas del tratamiento, se propone un trabajo integral desde 4 áreas:

- **Nutricional:** Se realiza una dieta especifica para cada paciente, teniendo en cuenta sus antecedentes patológicos y gustos personales, pero todas tienen la característica en común de las VLCD (very low calory diet) en las cuales se incorpora una cantidad muy reducida de calorías diarias y se elimina el consumo de hidratos de carbono refinados (harinas)
- **Médica:** Se realizan controles periódicos donde se realiza el examen físico al paciente y se indaga sobre posibles efectos adversos del tratamiento.
- **Psicológica:** Se introducen nuevos conceptos propuestos por el Dr. Ravenna que colaborarían a la adherencia del paciente al tratamiento. Estos conceptos (corte, medida y distancia) se trabajan durante todo el tratamiento (Ravenna 2006) (Ravenna 2009).
- **Actividad física:** Se propone una actividad física moderada, llamada AFA (actividad física adaptada) que se personaliza con cada paciente en particular.

El centro médico ofrece grupos terapéuticos diarios, coordinados por los profesionales del área de Psicología, Nutrición y Medicina, donde se trabajan todos los aspectos que surgen al realizar el tratamiento, positivos y negativos, siempre en la búsqueda de la adherencia al tratamiento y el alcance del objetivo.

La diferencia entre el tratamiento de descenso de peso y el de mantenimiento, radica en cambios nutricionales que se realizan para reincorporar todos los grupos alimenticios en el mantenimiento de peso, también en temáticas particulares que se trabajan para sostener el peso y en el aumento de la actividad física.