



CALIDAD DE VIDA ASOCIADA CON OBESIDAD EN PACIENTES MEXICANOS

Escobar, Y ¹; Guzmán, S ¹; Soto-Molina, H ¹; Juárez, K ¹; Reyes, G ²; Fernández, C ³

¹ Estudios Farmacoeconómicos S.A. de C.V., Ciudad de México; ² Instituto Politécnico Nacional; ³Productos Medix, S.A. de C.V.

Introducción y objetivo

La obesidad se define como un acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud¹. El Índice de Masa Corporal (IMC) elevado es un importante factor de riesgo de enfermedades no transmisibles, como las enfermedades cardiovasculares, diabetes, trastornos del aparato locomotor, ginecológicos, enfermedad venosa crónica, algunos cánceres, entre otros^{2,3,4}. Además, la obesidad genera consecuencias de orden psicosocial, afectando la autoestima y la disconformidad corporal⁵. Los conceptos de percepción de salud y Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) son extraordinarios avances en las posibilidades de medir la salud y diversos estudios han concluido que la obesidad afecta la percepción de calidad de vida.⁶

El objetivo del estudio fue evaluar la asociación entre el grado de obesidad y la afectación de la percepción en la calidad de vida en pacientes mexicanos sometidos a un tratamiento farmacológico, plan de ejercicio y dieta de 1,500 a 2,000 kcal.

Metodología

Se realizó un estudio clínico longitudinal, prospectivo que incluyó pacientes mayores de 18 años que acudieron para atención formal de obesidad grado I, II y III; para iniciar tratamiento farmacológico, dieta y ejercicio supervisados por médico general capacitado para manejo de obesidad. Se determinaron talla, peso, IMC, perímetro de cintura cadera y signos vitales en cada consulta, así como apego al tratamiento, a la dieta, a la realización de actividad física, y en la visita inicial y a los 6 meses se aplicó el instrumento EuroQoL-5D autoadministrado para evaluar la CVRS, de acuerdo a la literatura el punto de corte considerado para determinar afectación de la calidad de vida se consideró un valor igual o menor a 0.89 como una mala percepción de CVRS⁷.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo, con medidas de tendencia central y dispersión, paramétricas y no paramétricas, se construyeron distribuciones de frecuencias simples y agrupadas según la variable analizada. Se buscaron diferencias entre los grupos por grado de obesidad (I, II y III), índice total de EuroQoL-5d y afectación de los dominios de EuroQoL-5D, mediante T-student para variables continuas y X² para variables cualitativas. Se realizaron regresiones logísticas y prueba de Wilcoxon para encontrar diferencias entre las evaluaciones de interés iniciales y finales. La significancia estadística se fijó con p= 0.05 bilateral, con poder de 80%. Los datos fueron analizados a través del Paquete Estadístico SPSS versión 24 para Windows.

Resultados

Se incluyeron 471 pacientes a control de peso, de quienes se detectaron 168 cuestionarios con faltantes en algún dominio, se analizaron en total 304 instrumentos. La muestra estuvo conformada por 254 (83.6%) mujeres, con edad (promedio± DE) de 38.6 ± 9.9 años, la distribución de estado civil fue la siguiente: casados 136 (44.7%), solteros 91 (29.9%); unión libre 52 (17.1%); divorciados/ separados 20 (6.6%) y viudos 5 (1.6%).

Al inicio del estudio la media de peso fue de 90.8 ± 13.07 kg, con estura $\bar{X}$ de 1.59 m (DE 7.44); obteniendo una media del IMC de 35.87 kg/m² (DE 3.88); al finalizar el estudio se presentó una disminución de 11.02± 5.85 kg, con disminución del IMC de 4.45 (DE 2.45) (p= 0.0). La media del perímetro de cintura y cadera fue de 109.9 cm (DE 9.72) y 114.5 cm (DE 8.25); respectivamente; con una media del índice cintura cadera de 0.95 (DE 0.07) al inicio del estudio; y una media de 0.91 cm (DE 0.07) (P= 0.0) al finalizar el estudio. La media de porcentaje de grasa fue de 48.4% (DE 6.01) y de músculo fue de 22.8% (DE 3.34) al inicio del estudio, con una disminución de 4.73% (4.07) (p= 0.0) y 1.56% (DE 2.58) (p= 0.0), respectivamente.

Al inicio del estudio, se encontró una media del índice de EuroQoL-5D de 0.8365± (DE 0.18084); al finalizar el uso de tratamiento farmacológico, plan de ejercicio y dieta de 1,500 a 2,000 kcal en pacientes con obesidad se obtuvo un índice de 0.9126 (DE 0.14233); basado en el estudio de Badia *et al*⁷ este valor refiere una percepción de la calidad de vida sin afectación.

Se realizaron regresiones logísticas multivariadas para identificar el efecto de las covariables en la asociación de la variable dependiente con las independientes; encontrando que no existe diferencia estadísticamente significativa al finalizar el tratamiento farmacológico, plan de ejercicio y dieta de 1,500 a 2,000 kcal (p= 9.87) (ver tabla 1)

Tabla 1. Prueba de la razón de verosimilitud entre la percepción de calidad de vida e índice de masa corporal ajustado por variables.

Efecto	Criterios de ajuste de modelo	Pruebas de la razón de verosimilitud		
	Logaritmo de la verosimilitud -2 de modelo reducido	Chi-cuadrado	gl	Sig.
INICIO DEL ESTUDIO				
Intersección	820.901 ^a	.000	0	
Edad	855.230	34.330	21	.033
Estado civil	861.946	41.045	21	.006
Sexo	853.798	32.897	21	.047
Edad de inicio de obesidad	843.966	23.065	21	.341
Comorbilidad	846.248	25.347	21	.232
Grado de obesidad	888.326	67.425	42	.008
FINAL DEL ESTUDIO				
Intersección	534.220 ^a	.000	0	
Edad	544.678	10.458	16	.842
Estado	553.150	18.930	16	.272
Sexo	539.761	5.541	16	.992
Inicio de obesidad	555.872	21.653	16	.155
Comorbilidad	537.000	2.780	16	1.000
Presencia de eventos adversos	549.716	15.496	16	.489
Logro de la meta terapéutica	542.872	8.653	16	.927
Grado de obesidad	575.735	41.515	64	.987
El estadístico de chi-cuadrado es la diferencia de la log-verosimilitud -2 entre el modelo final y el modelo reducido. El modelo reducido se forma omitiendo un efecto del modelo final. La hipótesis nula es que todos los parámetros de dicho efecto son 0.				
a. Este modelo reducido es equivalente al modelo final porque omitir el efecto no aumenta los grados de libertad.				

Conclusión

Basado en el estudio no se encuentra una asociación entre el grado de obesidad hasta grado III y la afectación de la percepción de la calidad de vida; así como del logro de la meta terapéutica y la presencia de eventos adversos ocasionados por el tratamiento farmacológico.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. [En línea] 10 de 2017. [Citado el: 18 de 10 de 2017.] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>. 2. *Panorama de la obesidad en México*. Davila Torres, J, González Izquierdo, J y Barrera Cruz, A., México : Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc., 2015, Vol. 53, págs. 240-249. 3. *Consecuencias de la obesidad*. Miguel Soca, P y Niño Peña, A. 4. Cuba : ACIMED, 2009, Vol. 20, págs. 84-92. 4. *Complicaciones respiratorias de la obesidad*. Rabec, C, Ramos, P y Veale, D. España : Arch. Bronconeumol., 2011, Vol. 47, págs. 252-261. 5. *Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease*. Dietz, W. s.l. : Pediatrics, 1998, Vol. 101, págs. 518-525. 6. *Health- Related Quality of Life Measurement: A Systematic Review of Generic and Disease Specific Instruments*. Solans, M. 4, s.l. : Value in Health, 2007, Vol. 11, págs. 742-764. 7. La evaluación de la calidad de vida en el contexto del ensayo clínico. Badia, X y Carné, X. 14, Barcelona : Med. Clinic., 1998, Vol. 110, págs. 550-556.