UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

IMPACTO DE LOS SINTOMAS GASTROINTESTINALES EN LA PERCEPCION DE LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE DIABETICO

Estudio descriptivo, transversal en 96 pacientes diabéticos, realizado en el Patronato de Pacientes Diabéticos de Guatemala

Tesis

Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

HELLEN ALEJANDRA CUSTODIO VASQUEZ

En el acto de su investidura de:

MEDICA Y CIRUJANA

Guatemala, Octubre de 2001

INDICE

I. INTRODUCCION.....1

II. DEFINICION DEL PROBLEMA.....2

III. JUSTIFICACION.....3

IV. OBJETIVOS.....4

V. REVISION BIBLIOGRAFICA.....5

VI. HIPOTESIS.....14

VII. MATERIAL Y METODOS.....15

VIII. PRESENTACION DE RESULTADOS……....20

IX. ANALISIS DE RESULTADOS……42

X. CONCLUSIONES……45

XI. RECOMENDACIONES……46

XII. RESUMEN…….47

XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....48

XIV. ANEXOS.....53

I. INTRODUCCION

La Diabetes Mellitus es la enfermedad metabólica más frecuente a nivel mundial, afecta aproximadamente al 4% de la población en Estados Unidos. La Diabetes Mellitus causa múltiples complicaciones crónicas; muchas veces pueden presentarse síntomas gastrointestinales. Se estima que los síntomas gastrointestinales afectan a mas del 70% de la población diabética, los síntomas incluyen síndrome de colon irritable, reflujo gastroesofágico, dispepsia, e incontinencia fecal.

La evaluación de calidad de vida ha sido estudiada desde 1970, se han utilizado varios instrumentos para su medición. En 1991 se inició el Proyecto Internacional de Medición de la Calidad de Vida, en el cual se utilizó un instrumento llamado SF-36 con el cual se evalúa la percepción de calidad de vida que tiene el individuo, el cual evalúa 8 escalas de salud; ha sido utilizado en más de 40 países, en distintas enfermedades y en sujetos sanos.

La importancia de la medición de la calidad de vida de los individuos consiste en conocer como el paciente percibe su estado general de salud, su dominio físico, social, psicológico y mental.

La calidad de vida del paciente diabético puede estar afectada por la presencia de síntomas gastrointestinales. Un estudio previo de Nicholas Talley, demostró que los síntomas gastrointestinales tienen un impacto negativo sobre la calidad de vida del paciente diabético, demostrando que la prevalencia de los síntomas gastrointestinales fue similar en ambos tipos de diabetes, así mismo demostraron que el impacto de los síntomas gastrointestinales en la calidad de vida fue predominantemente observado en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II. Nuestro estudio tuvo como finalidad el determinar la influencia de los síntomas gastrointestinales en la calidad de vida del paciente diabético en población guatemalteca, encontrando que el sexo femenino es el más afectado por los síntomas gastrointestinales (63.1%), el síntoma más frecuente encontrado fue el reflujo gastroesofágico (41.6%). La presencia de síntomas gastrointestinales afectó en mayor proporción la calidad de vida de los pacientes diabéticos, así mismo mientras más grave fue la intensidad de los SGI y más grave el dolor abdominal fue peor la calidad de vida de los pacientes diabéticos.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

La diabetes mellitus es la enfermedad metabólica más común en el mundo, la cual afecta en 2 a 4% de la población en Estados Unidos.(8)

Esta entidad patológica puede presentar muchas complicaciones crónicas, entre ellas se encuentran los síntomas gastrointestinales, se estima que más del 70% de la población diabética tiene síntomas gastrointestinales relacionados. Entre los síntomas digestivos más comunes se encuentran dispepsia, dolor abdominal, diarrea, contipación, reflujo gastroesofágico e incontinencia fecal.

La calidad de vida, llamada también calidad de vida relacionada con la salud se refiere a como el individuo percibe su calidad de vida, a la capacidad de actuación y a la sensación de bienestar físico, mental, social y psicológico(42).

Se han utilizado muchos instrumentos para medir la calidad de vida relacionada con la salud, entre ellos está la forma corta SF-36 (short form health survey), en la cual se miden ocho escalas de salud.

La calidad de vida del paciente diabético puede verse afectada por los síntomas gastrointestinales, por lo que es necesario evaluar todos estos aspectos en forma global para poder brindarle una mejor atención a los pacientes diabéticos y así optimizar su calidad de vida.

En tal sentido el presente trabajo evalúa a una población de pacientes diabéticos a quienes se les realizó diferentes pruebas para valorar la presencia de síntomas gastrointestinales y la influencia de estos en la calidad de vida de la población en estudio. La escala para la medición de la calidad de vida fue proporcionada por el Proyecto Internacional de Medición de Calidad de Vida, y los síntomas gastrointestinales fueron evaluados según una prueba del Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutrición Salvador Zubirán de México D.F..

III. JUSTIFICACION

Los síntomas gastrointestinales son una afección muy común en los pacientes diabéticos (4,14). Los síntomas gastrointestinales pueden afectar la calidad de vida en estos pacientes y siendo la Diabetes Mellitus una enfermedad crónica incurable, su tratamiento debe enfocarse en mejorar su calidad de vida.

Existen varios estudios sobre calidad de vida en los pacientes diabéticos, y así también muchos estudios sobre calidad de vida de pacientes con síntomas gastrointestinales, pero hasta este año fue publicado un estudio en el cual demuestran que los síntomas gastrointestinales tienen un impacto negativo en la calidad de vida del paciente diabético.(41). Por lo que se consideró de suma importancia realizar un estudio en nuestra población de diabéticos, el cual nos permitiera visualizar el impacto de los síntomas gastrointestinales sobre la calidad de vida del paciente diabético y así mejorar la atención médica para procurarles a los pacientes que padecen esta enfermedad una mejor calidad de vida.

IV. OBJETIVOS

A. General:

Determinar la influencia de los síntomas gastrointestinales en la percepción de la calidad de vida del paciente diabético, atendido en el Patronato de Pacientes Diabéticos de Guatemala, durante el período de Mayo a Junio del año 2001.

B. Específicos:

1. Relacionar el tipo de Diabetes Mellitus y tratamiento con los síntomas gastrointestinales.

2. Determinar el síntoma gastrointestinal más frecuente en el grupo de pacientes diabéticos.

3. Determinar las escalas de calidad de vida más frecuentemente afectadas en un grupo de pacientes diabéticos.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

A. CALIDAD DE VIDA

Antes de definir calidad de vida es necesario definir Salud. Desde 1948 la Organización Mundial de Salud definió salud como el estado de bienestar físico, mental y social completo y no solamente la ausencia de enfermedad. (38,42). Muchos investigadores con el afán de medir el estado de salud han realizado varios estudios, desde evaluación de salud por medio de indicadores, índices, diagnóstico de salud de poblaciones determinadas, con el fin de mejorar la salud de las poblaciones. (38,45)

Es hasta la década de los setenta que se dio una nueva perspectiva para evaluar la salud de los individuos naciendo así la medición de la calidad de vida, siendo ésta un avance importante para demostrar la salud de una población. (42)

El término calidad de vida y más específicamente calidad de vida relacionada con la salud se refiere al dominio físico, social, psicológico y mental de la salud que puede ser influenciada por las experiencias, creencias, expectaciones y percepciones de cada individuo. Este concepto se mide subjetivamente evaluando como percibe el individuo su estado general de salud y cual es su capacidad de actuación para seguir realizando sus actividades cotidianas, por lo cual también se ha llamado a este concepto: percepción de calidad de vida. (15,20,22,42)

Para medir la calidad de vida relacionada con la salud se han utilizado muchos instrumentos, aunque no existe aún un consenso la calidad de vida relacionada con la salud se ha medido por medio de la evaluación de la función física, síntomas físicos, interacciones sociales y estado psicológico de cada persona. (50)

En 1991 fue iniciado un proyecto conocido como "Proyecto Internacional de Medición de la calidad de vida" (International Quality of Life Assessment Project, IQOLA), que tuvo la finalidad de traducir, adaptar y probar la aplicabilidad de un instrumento denominado SF-36 (Short Form 36 Health Survey) el cual fue utilizado en un estudio de resultados médicos (MOS) en población estadounidense en el cual se demostró su validad y sensibilidad. Posteriormente IQOLA incluyó a mas países de todo el mundo y actualmente hay mas de 40 países participantes.(1,43,49)

B. ENCUESTA DE SALUD SF-36

La SF-36 es un instrumento nuevo el cual mide la percepción de la calidad de vida, tanto en población general como en población con alguna enfermedad.(6) Se han realizado muchos estudios en los cuales se ha demostrado la validez, sensibilidad y aceptabilidad de la encuesta SF-36. (5,19,33,49)

Miguel Zuñiga y colaboradores realizaron un estudio en México con sujetos voluntarios en una clínica médica y con un grupo control de una institución gubernamental, en el cual se demostró que la encuesta SF-36 presenta los criterios de validez y confiabilidad en la población mexicana.(50)

Existen 6 versiones en castellano las cuales se han utilizado en países de América y en España. La SF-36 evalúa la calidad de vida en personas iguales o mayores de 16 años de edad.(48,50). La SF-36 incluye 36 ítems con los cuales se mide 8 conceptos de salud, para cada concepto o escala de salud, los distintos ítems se codifican, agregan y se transforman en una escala de 0 a 100 entendiendo 0 como peor estado de salud y 100 mejor estado de salud para cada concepto de salud. (5,26,48,49,50)

La tabla que a continuación se presenta, muestra los 8 conceptos de salud, con su interpretación según sean las puntuaciones (bajo o alto).

INTERPRETACION DE RESULTADOS BAJOS Y ALTOS DE CONCEPTOS DE SALUD. ENCUESTA SF-36

CONCEPTO	No. ITEMS	BAJO	ALTO
Función Física:	10	Mucha limitación para realizar todas las actividades físicas.	Realiza todo tipo de actividades sin limitaciones debido a la salud.
Rol Físico	4	Problemas con el trabajo u otras Actividades cotidianas debido a la salud física.	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la salud física.
Dolor Corporal	2	Dolor extremadamente limitante muy severo.	Ausencia de dolor y limitaciones debido a este.
Salud General	5	Evalúa su salud como mala y cree que probablemente empeorará.	Evalúa su salud como exelente.
Vitalidad	4	Agotamiento y cansancio todo el Tiempo.	Lleno de entusiasmo y energía todo el tiempo.
Función Social	2	Interferencia extrema y frecuente con las actividades sociales normales debido a problemas emocionales y físicos.	Realiza las actividades sociales normales sin interferencia debido a problemas emocionales y físicos.

Rol Emocional	3	Problemas en el trabajo y otras actividades diarias por problemas emocionales.	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias por problemas emocionales.
Salud Mental	5	Sensación de depresión y nerviosismo todo el tiempo.	Sensación de paz, felicidad y calma todo el tiempo.
Transición de salud notificada	1	Cree que su salud es mejor ahora que hace un año.	Cree que su salud es peor que hace un año.

Nota: traducción adaptada y modificada de The MOS 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) (48,50)

La encuesta de salud SF-36 se ha utilizado para medir la percepción de calidad de vida en individuos con distintos padecimientos, como insuficiencia renal crónica, epilepsia, síndrome de intestino irritable, reflujo gastroesofágico, sepsis, enfermedades reumatoideas, Diabetes Mellitus, entre otras y también ha sido utilizada en sujetos sanos, demostrando su validez y confiabilidad para utilizarse en enfermedades crónicas y degenerativas y en población general.(21,50)

Las enfermedades crónicas se asocian con una disfunción de la salud y el objetivo de la atención médica ya no debe ser atacar a las causas de la enfermedad, sino disminuir el dolor, la molestia y la incapacidad y así mejorar la calidad de vida del enfermo.(10,15,38,40)

La Diabetes Mellitus es la enfermedad metabólica más común a nivel mundial. El departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos en 1998 estimó que la prevalencia de diabetes mellitus es de 15.7 millones de personas, (5.9% de la población), siendo ya diagnosticadas 10.3 millones de personas y el resto, 5.4 millones de personas sin diagnosticar, estimando una incidencia, es decir casos nuevos de 748,000 personas diagnosticadas cada año.(8). El programa de la división de enfermedades no comunicables y de salud mental (NMH/DIA), en una publicación de marzo del presente año estimó que aproximadamente 140 millones de habitantes en todo el mundo padecen de diabetes Mellitus y que en los siguientes 25 años se duplicara este número a 300 millones de habitantes. (11)

Se han realizado muchos estudios sobre calidad de vida en los pacientes diabéticos. Se ha concluido que la calidad de vida del paciente diabético es baja comparada con sujetos sanos.(1,23,40). Los pacientes con diabetes mellitus se ven sometidos a una serie de tratamientos que trastorna su vida que anteriormente pudo haber sido normal, por lo que el personal médico y otras personas que se relacionan con el paciente diabético deben tener presente que estos pacientes necesitan una atención especial en todos

los ámbitos de la salud, incluyendo el emocional, psicológico, social, ya que muchos pacientes piensan o se sienten que con solo tener la enfermedad y sabiendo que es incurable su pronóstico es fatal.(1,23,40)

En el año 2000 Carral San Laureano y colaboradores publicaron un estudio sobre calidad de vida relacionada con la salud en un hospital de tercer nivel de España en el cual demostraron que la calidad de vida del paciente diabético es peor que la población de referencia, haciendo ver que sus resultados se deben interpretar con precaución ya que se realizó el estudio en diabéticos hospitalizados por lo que seguramente su calidad de vida sea peor que en pacientes diabéticos no hospitalizados. Los resultados de este estudio indican que la población diabética que se encuentra hospitalizada tiene una percepción de calidad de vida más baja que en la población de referencia y que resulta influida por complicaciones crónicas que agravan la salud e influyen en el bienestar del paciente. (7)

Ian Gralnek y colaboradores publicaron el año pasado, un estudio comparando la calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus y en pacientes con otras enfermedades crónicas, concluyendo que la calidad de vida de los diabéticos es mucho mas baja y que se ve más afectada en los conceptos de función física, rol físico, salud general, vitalidad y dolor corporal.(21)

C. **NEUROPATIA DIABETICA AUTONOMICA**

La neuropatía diabética es la complicación más frecuente en la Diabetes Mellitus y puede afectar hasta el 50% de los diabéticos.(8). La neuropatía diabética puede clasificarse según el patrón de distribución de los nervios afectados. Entre esta clasificación se encuentra la neuropatía del sistema nervioso autónomo.(8,13,18,37)

Las neuropatías de todos los tipos pueden ocurrir en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 1 y tipo 2, aunque ciertos tipos de neuropatía diabética pueden presentarse con más frecuencia en alguno de los dos tipos.

El sistema nervioso autónomo es la porción del sistema nervioso central que controla las funciones viscerales del cuerpo, controlando así, la presión arterial, motilidad y secreción gástrica, vaciamiento de vejiga urinaria, sudoración y temperatura, por lo que se ha podido dividir en anormalidades cardiovasculares, gastrointestinales, genitourinarias, termorreguladoras y otras. El sistema nervioso autónomo se encuentra afectado de 20 al 40% de pacientes con diabetes mellitus.(37)

Las señales autónomas se transmiten al cuerpo a través del sistema nervioso simpático y parasimpático. La estimulación simpática y parasimpática puede afectar el sistema gastrointestinal. La parasimpática por lo general aumenta la actividad del tubo gastrointestinal favoreciendo el peristaltismo y la relajación de esfínteres. Aunque la función gastrointestinal no depende en gran medida de la estimulación simpática, al haber una fuerte estimulación de ésta, puede producirse inhibición del peristaltismo, bloqueando el movimiento del quimo a lo largo del tubo gastrointestinal, además puede aumentar el tono de los esfínteres.(24)

Las fibras simpáticas y parasimpáticas secretan neurotransmisores sinápticos, estos son la acetilcolina y noradrenalina. Las fibras que secretan acetilcolina son llamadas colinérgicas y las que secretan noradrenalina son llamadas adrenérgicas.(24)

1. Sistema Colinérgico:

Esta inervación es transportada casi totalmente por los nervios vagos. Este sistema inerva el esófago, estómago, páncreas, intestino delgado y la primera mitad del intestino grueso. Las neuronas preganglionares del sistema parasimpático se encuentran en los plexos mientérico y submucoso y la estimulación de estos da lugar al aumento de la actividad de todo el sistema nervioso entérico.(13,24)

2. Sistema Adrenérgico:

Las fibras simpáticas del sistema gastrointestinal se originan en la médula espinal. La mayoría de las fibras preganglionares que inervan el intestino penetran en las cadenas simpáticas después de abandonar la médula espinal y atraviesan estas cadenas hacia los ganglios mesentéricos y mientéricos y en ellos se encuentran la mayoría de los cuerpos neuronales posganglionares, de los que salen las fibras que forman los nervios posganglionares que se dirigen a todas las regiones del tubo digestivo y terminan sobre todo en las neuronas del sistema nervioso entérico. El sistema nervioso simpático inerva casi a todas las regiones del sistema gastrointestinal.(13,24)

La neuropatía vagal retarda el vaciamiento gástrico y empeora la acidez gástrica con la presencia de alimentos. La pérdida de la normal migración interdigestiva y de las contracciones motoras pueden permitir el crecimiento bacteriano en el estómago e intestino.(24)

Se han propuesto varias teorías en las que puede demostrarse el daño nervioso. Una hipótesis metabólica plantea que el evento mayor es la hiperglicemia, que ocasiona cambios celulares por medio de estrés osmótico induciendo la producción de osmoles orgánicos que le permiten a la célula mantener el volumen normal, evitando la acumulación de niveles tóxicos de iones. Si se superan los niveles críticos, puede generarse daño nervioso. Se cree también, que la isquemia nerviosa y la deficiencia de factores neurotrópicos son factores que están implicados en el desarrollo, mantenimiento y regeneración de elementos nerviosos, que pueden empeorar el problema ya que promueven la degeneración nerviosa en la Diabetes Mellitus. (13,24)

3. Diagnóstico:

El diagnóstico de la neuropatía autonómica debe hacerse principiando con una anamnesis completa y detallada para determinar si existen síntomas gastrointestinales. Debe realizarse un examen físico completo, incluyendo el tacto rectal. Pueden realizarse exploraciones complementarias que dependerán del órgano que se quiera investigar, por ejemplo: biopsias nerviosas, medición de la actividad eléctrica, velocidad de conducción, tránsito esofagogastrointestinal, exámenes de laboratorio, proctosigmoidoscopía, estudios radiológicos, medición de pH gástrico, entre otras (13,14,25,37)

4. Tratamiento:

No se dispone de un tratamiento eficaz para la neuropatía autonómica, sin embargo la primera medida que se debe tomar es el correcto control de la glicemia, reducir los síntomas y evitar complicaciones adicionales.

Los síntomas de la gastroparesia pueden disminuir con metoclopramida, promoviendo el vaciado gástrico. Para mantener la nutrición han sido efectivas comidas frecuentes y en pequeñas cantidades con una dieta pobre en grasas y con predominio de líquidos. Para tratar la diarrea se han utilizado anticolinérgicos y aumentadores del bolo fecal, aunque se describe que tienen muy poca utilidad. También se han utilizado opiáceos como la codeína, difenoxilato o loperamida. Se pueden emplear antibióticos orales como la tetraciclina para evitar el crecimiento bacteriano. La terapia para la constipación usualmente es sintomática, usando laxantes, catárticos o enemas evacuadores y dietas altas en fibra. Al igual que en la diarrea, para la incontinencia fecal pueden utilizarse antidiarréicos como fenoxilato con atropina.(13,14,18,25,37)

D. SINTOMAS GASTROINTESTINALES

Los síntomas gastrointestinales son una serie de problemas que afectan al individuo en todo el ámbito de su salud. Enck P. y colaboradores en un estudio realizado en personas sanas, con asma, diabetes e hipertensión de distintas nacionalidades (europeos, japoneses y americanos), demostraron que el 46.4% presentan más de un síntoma gastrointestinal y siendo los síntomas más frecuentes diarrea, sensación de llenura postprandial. Del 10 al 20% de los sujetos a estudio refirieron tener severos episodios en el transcurso de la semana y el 7.3% refirió que los síntomas interfieren en sus actividades cotidianas. Por lo que concluyeron que los síntomas gastrointestinales afectan negativamente en la calidad de vida de los individuos.(12)

Gralnek en un estudio realizado en el año 2000, demostró que la calidad de vida de sujetos con síndrome de colon irritable se ve más afectada en las escalas de rol físico, dolor corporal, salud general y vitalidad comparado con sujetos sanos.(21)

Los trastornos en el tubo gastrointestinal son un conjunto de síntomas clínicos los cuales se han estudiado como síndromes entre estos están el síndrome de colon irritable, constipación, dolor abdominal crónico, diarrea crónica.(4,14,25)

Los síntomas gastrointestinales pueden ocurrir en más del 75% de pacientes diabéticos, pudiendo afectar desde el esófago hasta el ano. La afectación a nivel gástrico puede producir dispepsia, saciedad temprana, dolor abdominal, reflujo gastroesofágico, y la afectación a nivel intestinal puede producir diarrea, constipación e incontinencia fecal.(4,13,14,35)

Feldman y Lawrence encontraron que el 76% de 136 diabéticos presento más de un síntoma del tracto gastrointestinal, presentando el 60% constipación, 34% dolor abdominal, 29% dispepsia, 27% disfagia, 22% diarrea y 20% incontinencia fecal, y solo el 24% de los pacientes estudiados no presentó ningún síntoma gastrointestinal.(14)

Otros estudios también han demostrado la existencia de la sintomatología gastrointestinal en población diabética, y que ésta es más frecuente en diabéticos que en población control. (3,16,17,22,27,31,32,44, 50). Ricci J.A. y colaboradores en un estudio reciente comparó la prevalencia de los síntomas gastrointestinales en pacientes diabéticos con una población control y demostró que el 50% de diabéticos presentaban

mas de un síntoma gastrointestinal comparado con el 38% de población control.(36) Similares resultados observó Spangeous A. (39)

Entre los síntomas más frecuentes en la población diabética se pueden mencionar reflujo gastroesofágico, dispepsia, constipación, diarrea, saciedad temprana, incontinencia fecal, dolor abdominal y entre las menos comunes están nauseas y vómitos.(2,16,17,22,27,28,32,33,43,44,46).

También es bien estudiado que los síntomas digestivos son más frecuentes en diabéticos tratados con hipoglucemiantes orales que en pacientes tratados con insulina. El uso de sulfonilureas es relacionado frecuentemente con dolor abdominal y el uso de biguanidas en especial, metformina ha sido asociada con distintos síntomas siendo el más común la diarrea, seguido de incontinencia fecal, náuseas vómitos, flatulencia, y embotamiento.(6,34,35). La insulina también tiene efectos colaterales en el sistema digestivo, un estudio de Holloway y colaboradores demostraron que los pacientes insulino-dependientes presentaron retardo en el vaciamiento esofágico. (27)

Es importante tener en cuenta todos los efectos adversos que puede producir el tratamiento hipoglucemiante ya sea oral o parenteral, con la finalidad de no aumentar o provocar más sintomatología en los pacientes.

Se han realizado muchos estudios sobre calidad de vida de pacientes diabéticos pero fue hasta en enero del presente año que Nicholas Talley y colaboradores publicaron un estudio en el cual evaluaron los síntomas gastrointestinales y la calidad de vida en pacientes diabéticos. Encontraron que la prevalencia de síntomas gastrointestinales fue similar en pacientes con diabetes tipo 1 y tipo 2. En este estudio utilizaron como instrumento de recolección de datos la encuesta de salud SF-36, en la cual evaluaron las 8 escalas de salud y utilizaron un cuestionario que evalúa los síntomas gastrointestinales que más se han asociado con diabetes mellitus, estos son: Dolor abdominal (epigástrico), dolor abdominal bajo (intestinal), reflujo, dispepsia, constipación, diarrea e incontinencia fecal. Los resultados de este estudio demuestran que entre los síntomas gastrointestinales más frecuentes en esta población están la constipación, reflujo, dispepsia y dolor abdominal. No se encontró diferencia significativa en la prevalencia de los síntomas gastrointestinales entre diabetes tipo 1 y tipo 2. El impacto de los síntomas gastrointestinales en la calidad de vida predominó en la población con diabetes tipo 2. La diferencia entre los resultados de la calidad de vida en los dos tipos de diabetes fue marcadamente en los conceptos de función física, y rol físico, seguido de salud general, vitalidad y rol emocional. En este estudio fue demostrado que los síntomas

gastrointestinales tienen un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes diabéticos. (41)

Nosotros como médicos debemos tomar en cuenta todas las complicaciones que pueden llegar a padecer los pacientes diabéticos, con el objetivo de darles una mejor atención y así mejorar su percepción de calidad de vida y disminuir el sufrimiento, para ayudarle a que su vida la viva con calidad.

VI. HIPOTESIS

1. Hipótesis Nula:

Los síntomas gastrointestinales influyen negativamente en la percepción de la calidad de vida del paciente diabético.

2. Hipótesis Alterna:

Los síntomas gastrointestinales no influyen negativamente en la percepción de la calidad de vida del paciente diabético.

VII. MATERIAL Y METODOS

A. METODOLOGIA

1. Tipo de estudio:

   a) De acuerdo a la profundidad:.....Descriptivo
   b) De acuerdo al diseño de la investigación: .....No experimental
   c) De acuerdo a la forma en que se recoge la información: .....Transversal
   d) De acuerdo a la ubicación de los datos en el tiempo: .....Prospectivo
   e) De acuerdo al propósito: .....Utilitaria

2. Sujeto de estudio:

   El sujeto de estudio fue una población de diabéticos escogidos consecutivamente, tratados en el Patronato de Pacientes Diabéticos de Guatemala (PAPADIGUA), los cuales se dividieron en dos grupos: A. Con síntomas gastrointestinales y B. Sin síntomas gastrointestinales para comparar los datos obtenidos.

3. Tamaño de la muestra:

   El tamaño de la muestra fue de 96 pacientes.
   Grupo A: 48 pacientes
   Grupo B: 48 pacientes

$$\frac{\{Z^2\text{-}\underline{alfa}\}x\{\underline{1\text{-}P1}\}+\{\underline{1\text{-}P2}\}}{(P1\text{-}P2)^2} = \text{Muestra}$$

$$\frac{\{0.8^2\text{-}\underline{0.05}\}x\{\underline{1\text{-}89.2}\}+\{\underline{1\text{-}12.1}\}}{(89.2\text{-}12.1)^2} = 48 \text{ pacientes}$$

Muestreo realizado por el Dr. Max Schimulson del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México D.F..

4. Criterios de inclusión y exclusión del sujeto de estudio:

   a) Criterios de inclusión:
      i. Pacientes tratados en el Patronato de Pacientes Diabéticos de Guatemala. (PAPADIGUA)

   b) Criterios de exclusión:
      i. Pacientes diabéticos que no deseen ni autoricen participar en el estudio.
      ii. Pacientes con enfermedades crónicas asociadas (enfermedad renal crónica, enfermedades cardíacas, pacientes amputados de alguna extremidad).

5. Variables a estudiar:

VARIABLE	**DEFINICIÓN CONCEPTUAL**	**DEFINICION OPERACIONAL**	**TIPO DE VARIABLE**	**UNIDAD DE MEDIDA**
Edad	Tiempo transcurrido en que haya vivido una persona desde su nacimiento.	Medición cronológica obtenida del expediente médico, calculada a partir de la fecha de nacimiento a la fecha de estudio.	Ordinal	Años cumplidos
Sexo	Condición orgánica que diferencia al hombre de la mujer.	Género encontrado en el expediente de cada paciente.	Nominal	Masculino o femenino
Tiempo de evolución de la enfermedad	Tiempo transcurrido desde el momento de diagnóstico de Diabetes Mellitus hasta la fecha actual.	Medición cronológica obtenida del expediente médico calculada desde la fecha del diagnóstico hasta la fecha actual.	Ordinal	Años o meses
Calidad de vida	Dominio físico, social, psicológico de la salud en relación con las experiencias expectaciones, creencias y percepciones de cada individuo.	Evaluado a través de la función física, rol físico, Salud general, rol emocional, salud mental, vitalidad, dolor corporal y función social.	Nominal	Encuesta de salud SF-36 No. De preguntas: 36
Función física	Medida en que el paciente puede realizar sus actividades físicas.	Se evaluará cómo su estado de salud le limita realizar actividades físicas.	Nominal	Preguntas No. 3,4,5,6,7,8,9, 10,11,12.
Rol físico	Medida en que el paciente puede realizar actividades cotidianas o en el trabajo, debido a su salud física.	Se evaluará cómo la salud física interfiere en sus actividades.	Nominal	Preguntas No. 13,14,15,16.
Dolor Corporal	Medida en que el dolor se presenta en el individuo e interfiere en el trabajo.	Se evaluará la presencia del dolor durante el último mes y sí este dificultó su trabajo normal.	Nominal	Preguntas No. 18 y 19
Salud General	Medición de la salud como mala o excelente.	Evaluará la forma de percibir su salud, compara parada con los demás.	Nominal	Preguntas No. 33,34,35,36.
Vitalidad	Sensación de entusiasmo y energía.	Evalúa el entusiasmo, energía, agotamiento y el cansancio.	Nominal	Preguntas No. 20,24,26 y 28
Función Social	Relación que tiene el individuo con la sociedad, familia y amigos.	Se mide evaluando cuanto se ha dificultado sus actividades sociales normales debido a la salud física o problemas emocionales.	Nominal	Preguntas No. 20 y 29

Rol Emocional	Sentimientos positivos o negativos del individuo	Evaluando como sus problemas emocionales han afectado sus actividades de trabajo u otras actividades.	Nominal	Preguntas No. 18,19, y 20.
Salud Mental	Situación actual de la salud mental. Sentimientos positivos o negativos.	Evaluando el ánimo y la tranquilidad del paciente diabético.	Nominal	Preguntas No. 21,22,23,25 y 27.
Transición de salud	Comparación de la salud respecto hace un año atrás	Evalúa la percepción de su salud comparada al año anterior.	Nominal	Pregunta No. 2
Dispepsia	Dolor epigástrico por más de tres meses.	Se evalúa por preguntas de respuesta cerrada.	Nominal	Pregunta No. 1,2,3,4,5,6,7,9
Diarrea	Evacuaciones flojas o líquidas frecuentes sin dolor abdominal.	Se evaluará por preguntas de respuesta cerrada.	Nominal	Pregunta No. 1,2,3,4,5,6,10,11,14,15,16,17
Incontinencia fecal	Salida de excremento involuntario por lo menos una vez al mes.	Se evalúa por preguntas de respuesta cerrada.	Nominal	Preguntas No. 12,13
Dolor abdominal	Dolor abdominal, moderado, severo o muy severo, que ocurre por lo menos una vez a la semana.	Se evalúa por preguntas de respuesta cerrada.	Nominal	Preguntas No. 1,2,3,4,5,6,10, 11,15,16,17
Reflujo	Pirosis o regurgitación gástrica por lo menos 1 vez al mes.	Evaluados por preguntas de respuesta cerrada	Nominal	Preguntas No. 1,2,3,4,5,815,16 ,17
Constipación	Menor de 2 evacuaciones en 1 semana; necesidad de laxantes para evacuar; necesidad de evacuación manual; evacuación incompleta o esfuerzo para defecar.	Evaluará los hábitos intestinales, por preguntas de respuesta cerrada.	Nominal	Preguntas No. 1,2,3,4,5,710,11 15,16,17
Tipo de Tratamiento	Tratamiento hipoglucemiante que actualmente consume el paciente diabético.	Tratamiento que actualmente consume el paciente obtenido del expediente médico.	Nominal	Oral Insulina

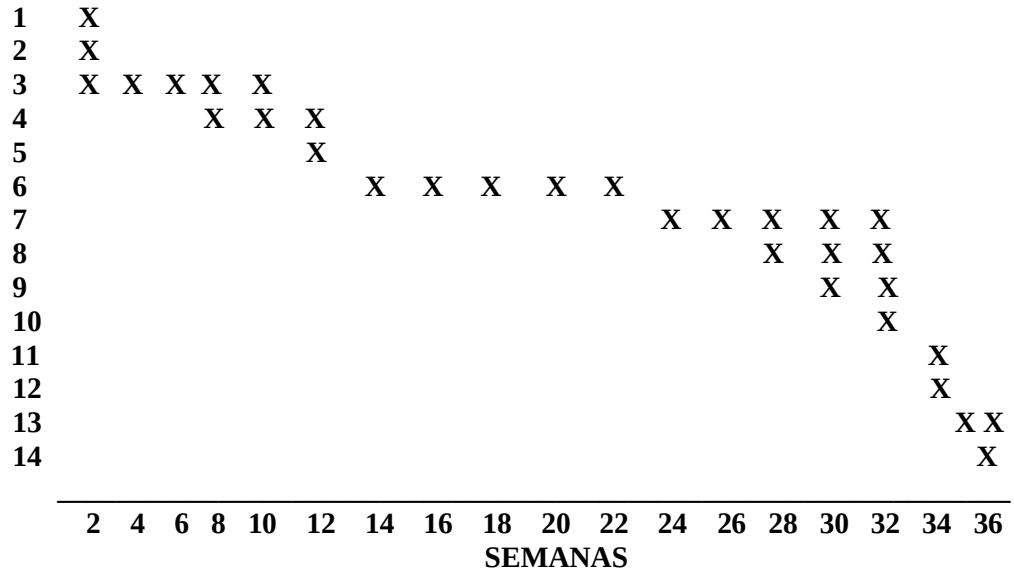
6. Instrumentos de recolección y medición de datos:

   a) Se realizó una hoja de autorización para participar en el estudio la cual firmaron los pacientes.
   b) Se realizó un cuestionario de síntomas digestivos a cada sujeto, que consta de 17 preguntas, el cual fue autorizado para utilizarlo en el presente estudio por el Instituto de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.
   c) Se realizó una encuesta a cada sujeto de estudio, llamada SF-36, la cual consta de 36 preguntas, que llevó aproximadamente de 10 a 12 minutos en realizarla, esta encuesta evalúa las ocho escalas de salud.

7) Ejecución de la investigación:

   a) Se escogió a los sujetos de estudio consecutivamente que se encontraron en el listado de consulta diaria. Al paciente que autorizó participar en el estudio se le realizó las encuestas.

CRONOGRAMA



1. Selección del tema.
2. Elección del revisor y asesor
3. Recopilación del material bibliográfico
4. Elaboración del proyecto conjuntamente con asesor y revisor
5. Aprobación del proyecto por la Institución donde se realizará el proyecto
6. Aprobación del proyecto por la Coordinación de Tesis
7. Ejecución del trabajo de campo
8. Procesamiento de datos
9. Análisis y discusión de resultados
10. Elaboración de conclusiones y recomendaciones
11. Presentación del informe final
12. Aprobación del informe final
13. Impresión del informe final
14. Examen público en defensa de tesis

8) Después de recolectar los datos, los mismos fueron procesados en un programa (SPSS 9.0) en donde se organizaron y compararon mediante análisis multivariado (ANOVA) y los resultados que fueron significativos se les realizó la corrección de Bonferroni. Los datos fueron expresados en medias ± desviación estándar; se consideró una p significativa si fue < 0.05. La información se presenta en cuadros y gráficas.

9) Aspectos Eticos:
A todas las personas que participaron en el estudio se les proporcionó información sobre la finalidad de la investigación y se les solicitó su consentimiento y autorización por escrito, recalcándose que toda la información era confidencial.

B. RECURSOS:

1. Materiales Físicos:
   a). Papelería
   b). Computadora
   c). Expedientes clínicos
   d). Cuestionarios
   e). Bibliotecas
   f). Clínica de PAPADIGUA

2. Humanos:
   a). Personal de PAPADIGUA
   b). Investigador
   c). Médicos asesores y revisor
   d). Personal de establecimientos y bibliotecas

3. Económicos:

a). Papelería:	Q 20.00
b). Fotocopias:	Q 200.00
c). Tinta impresora:	Q 190.00
d). Diskette (6)	Q 30.00
e). Impresión de Tesis:	Q 900.00
TOTAL:	Q1340.00

VIII. PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO 1

Distribución según sexo de pacientes diabéticos con presencia y ausencia de síntomas gastrointestinales, atendidos en el Patronato de Pacientes diabéticos de Guatemala, de Mayo a Junio del 2001.

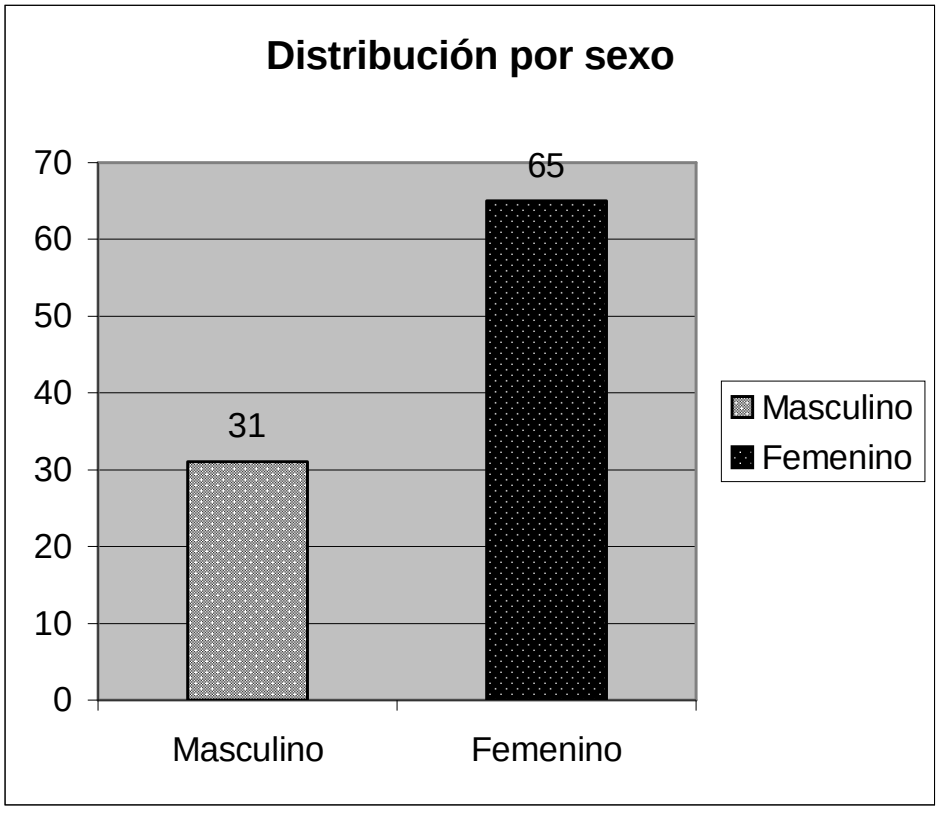
Distribución por sexo

SEXO	Frecuencia	%
Masculino	31	32.2
Femenino	65	67.8
Total	96	100

Fuente: Boletas de recolección de datos

GRAFICA 1

Distribución según sexo en pacientes diabéticos con presencia y ausencia de síntomas gastrointestinales, atendidos en el Patronato de Pacientes Diabéticos de Guatemala, de Mayo a Junio del 2001.



CUADRO 2

Distribución según tipo de Diabetes Mellitus de 96 pacientes con presencia y ausencia de síntomas gastrointestinales, atendidos en el Patronato de Pacientes Diabéticos de Guatemala, de Mayo a Junio del 2001.

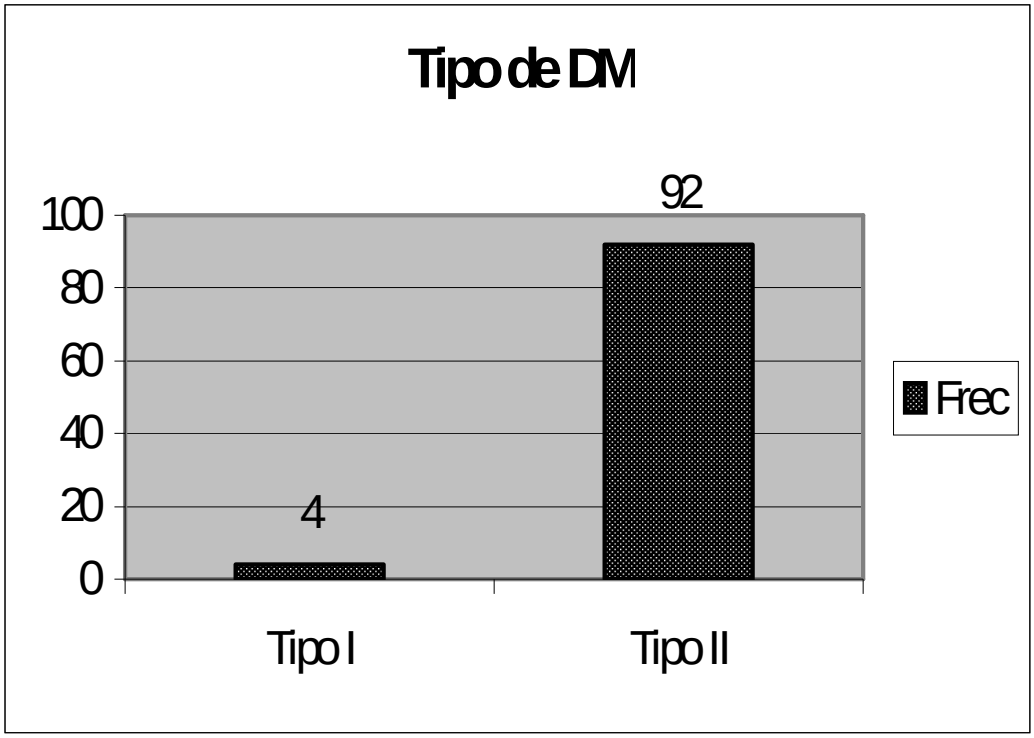
Tipo de Diabetes Mellitus

TIPO DE D.M.	Frecuencia	%
TIPO I	4	4.2
TIPO II	92	95.8
TOTAL	96	100

Fuente: Boletas de recolección de datos.

GRAFICA 2

Distribución según tipo de Diabetes Mellitus de 96 pacientes con presencia y ausencia de síntomas gastrointestinales, atendidos en el Patronato de Pacientes Diabéticos de Guatemala, de Mayo a Junio del 2001.



CUADRO 3

Distribución de Síntomas Gastrointestinales en 48 pacientes diabéticos con presencia de síntomas gastrointestinales, atendidos en el Patronato de Pacientes Diabéticos de Guatemala, de Mayo a Junio del 2001.

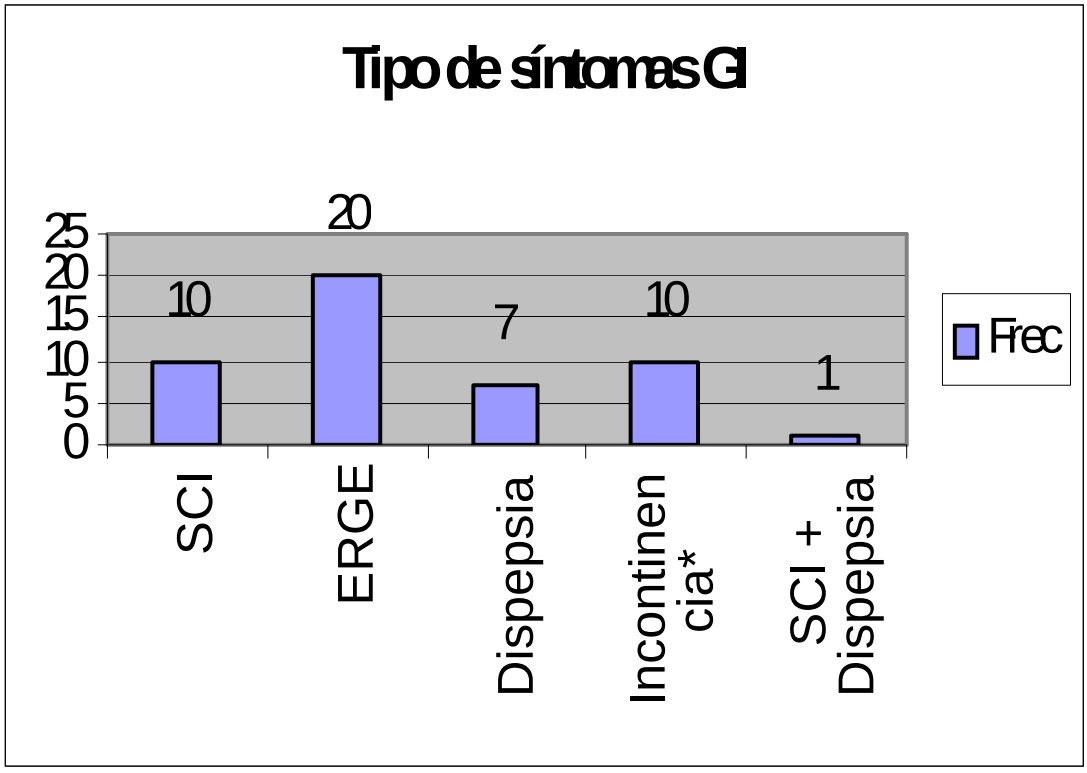
Distribución de Síntomas Gastrointestinales (SGI)

TIPO DE SGI	Frecuencia	%
SCI	10	20.8
ERGE	20	41.6
Dispepsia	7	14.6
Incontinencia	10	20.8
SCI + Dispepsia	1	2.2
TOTAL	48	100

Fuente: Boletas de recolección de datos.

GRAFICA 3

Distribución de síntomas gastrointestinales en 48 pacientes con presencia de síntomas gastrointestinales, atendidos en el Patronato de Pacientes Diabéticos de Guatemala, de Mayo a Junio del 2001.



CUADRO 4

Distribución de sexo y presencia o ausencia de síntomas gastrointestinales de 96 pacientes atendidos en el Patronato de Pacientes Diabéticos de Guatemala, de Mayo a Junio del 2001.

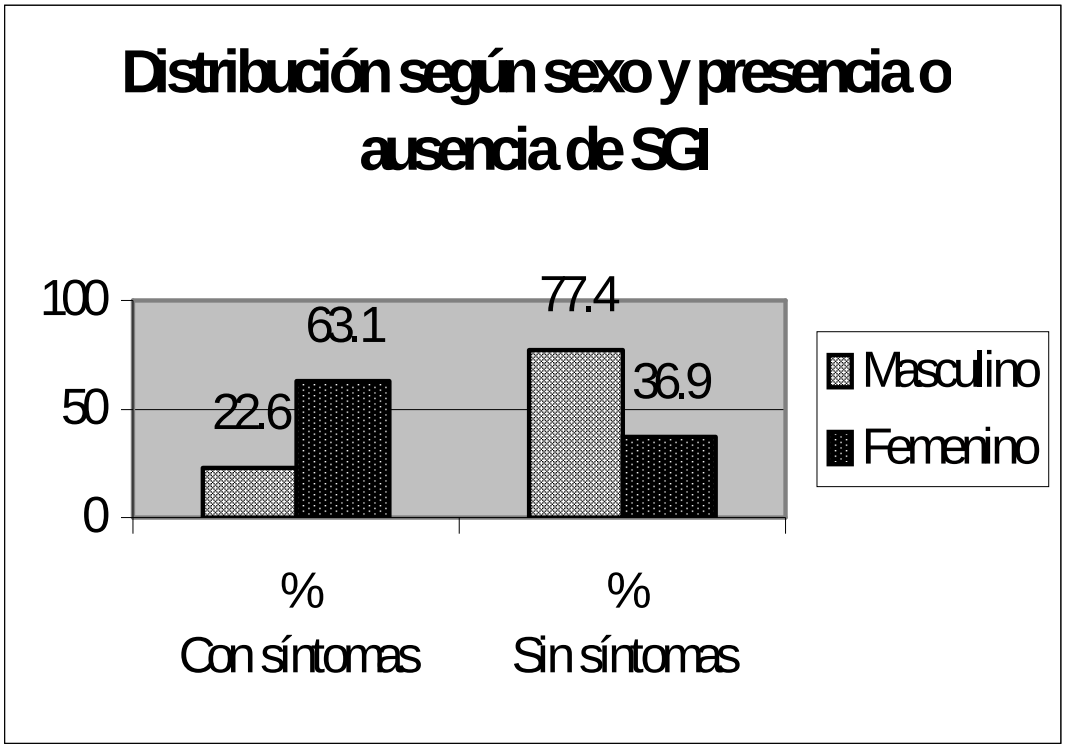
Distribución de sexo y presencia o ausencia de SGI

SEXO	**Con síntomas GI**		**Sin síntomas GI**	
	Frec.	**%**	**Frec.**	**%**
Masculino	7	22.6	24	77.4
Femenino	41	63.1	24	36.9
TOTAL	48	----	48	----

Fuente: Boletas de recolección de datos.

GRAFICA 4

Distribución de sexo y presencia o ausencia de síntomas gastrointestinales de 96 pacientes atendidos en el Patronato de Pacientes Diabéticos de Guatemala, de Mayo a Junio del 2001.



CUADRO 5

Distribución por grupo de edad de 96 pacientes diabéticos atendidos en el Patronato de Pacientes Diabéticos de Guatemala, de Mayo a Junio del 2001.

Distribución por grupos de edad

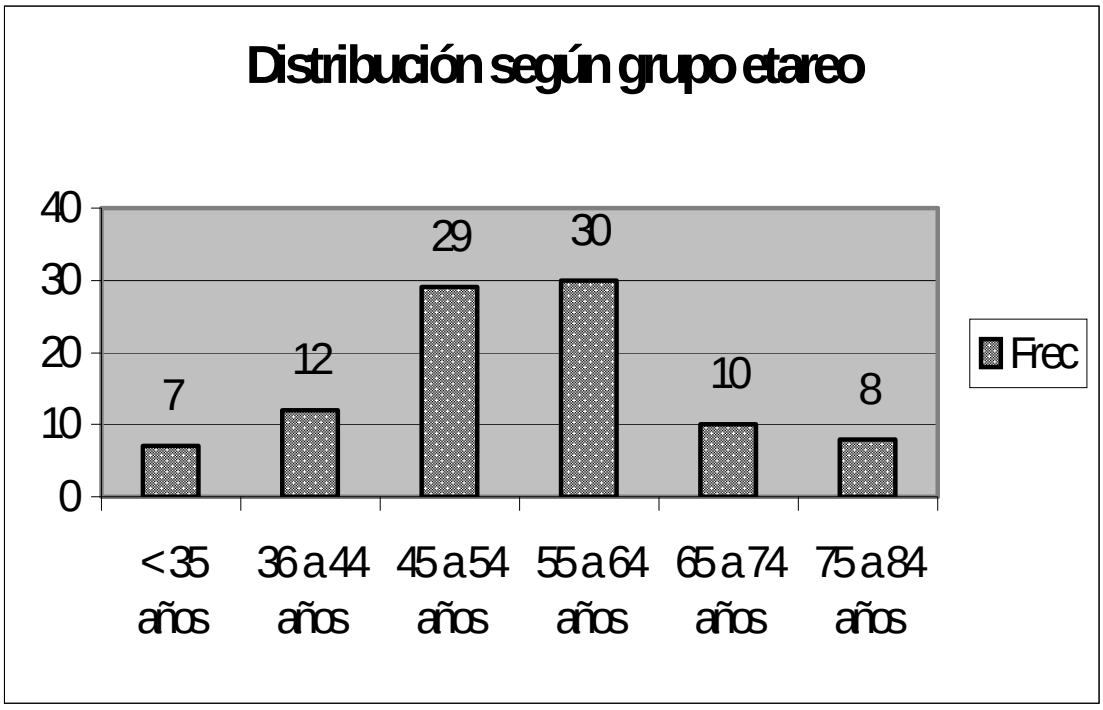
GRUPO DE EDAD	Frec.	%
< 35 años	7	7.3
36 a 44 años	12	12.5
45 a 54 años	29	30.2
55 a 64 años	30	31.3
65 a 74 años	10	10.4
75 a 84 años	8	8.3
> 85 años	0	0.0
TOTAL	96	100

Edad promedio: 54.6 años (rango 21-78)

Fuente: Boletas de recolección de datos.

GRAFICA 5

Distribución por grupo de edad de 96 pacientes diabéticos atendidos en el Patronato de Pacientes Diabéticos de Guatemala, de Mayo a Junio del 2001.



CUADRO 6

Distribución por grupos de edad y presencia o ausencia de síntomas gastrointestinales en 96 pacientes diabéticos atendidos en el Patronato de Pacientes Diabéticos de Guatemala de Mayo a Junio del 2001.

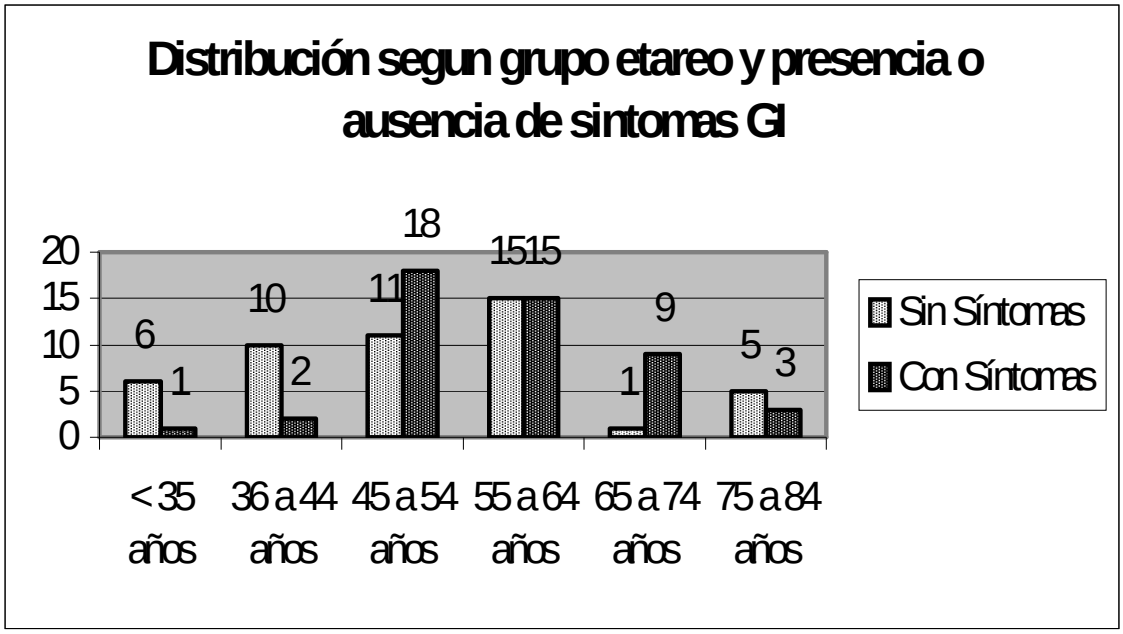
Distribución por grupos de edad y presencia o ausencia de SGI

GRUPO DE EDAD	NO SÍNTOMAS		SÍ SÍNTOMAS	
	N	%	N	%
< 35 años	6	12.5	1	2.10
36 a 44 años	10	20.8	2	4.20
45 a 54 años	11	22.9	18	37.5
55 a 64 años	15	31.2	15	31.2
65 a 74 años	1	2.10	9	18.7
75 a 84 años	5	10.4	3	6.20
> 85 años	0	0.00	0	0.00
TOTAL	48	100	48	100

Fuente: Boletas de recolección de datos

GRAFICA 6

Distribución por grupos de edad y presencia o ausencia de síntomas gastrointestinales en 96 pacientes diabéticos atendidos en el Patronato de Pacientes Diabéticos de Guatemala, de Mayo a Junio del 2001.



CUADRO 7

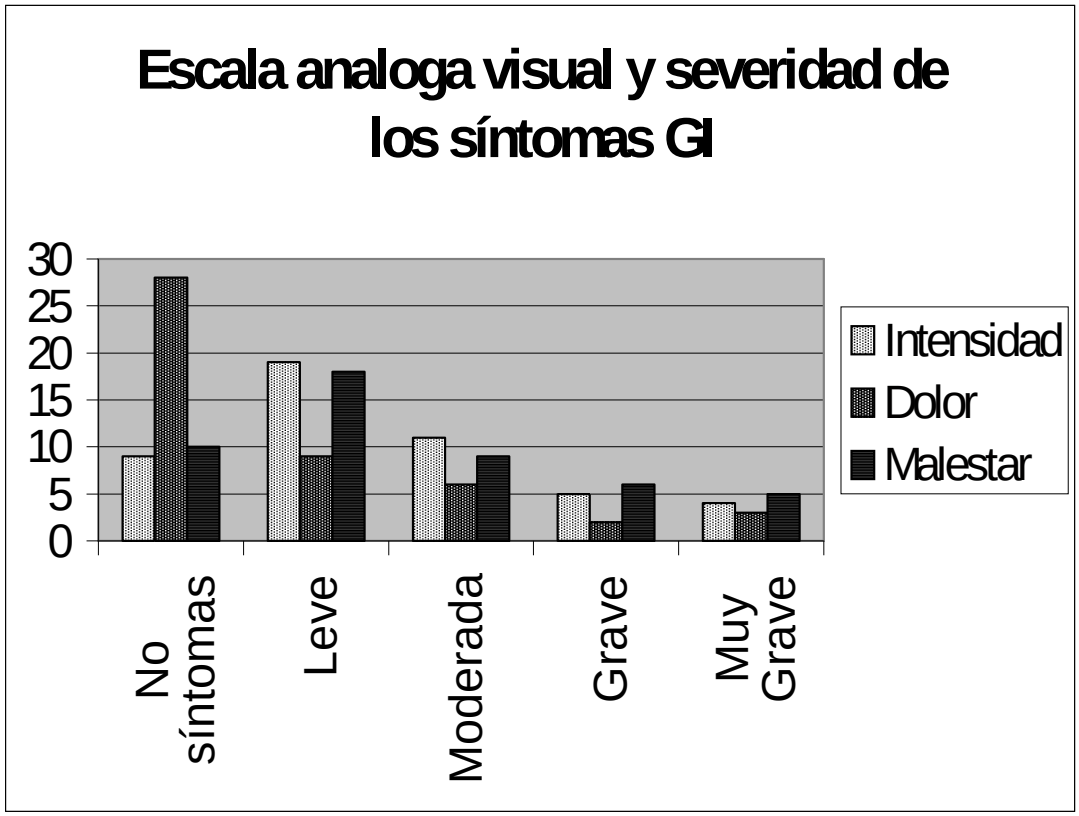
Intensidad, dolor y malestar abdominal medidos mediante una escala análoga visual en 48 pacientes diabéticos con síntomas gastrointestinales atendidos en el Patronato de Pacientes Diabéticos de Guatemala, de Mayo a Junio del 2001

SEVERIDAD	Intensidad		Dolor		Malestar	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
No síntomas	9	18.7	28	58.3	10	20.8
Leve	19	39.6	9	18.8	18	37.5
Moderado	11	22.9	6	12.5	9	18.8
Grave	5	10.4	2	4.2	6	12.5
Muy grave	4	8.3	3	6.3	5	16.4
TOTAL	48	100	48	100	48	100

Fuente: Boletas de recolección de datos

GRAFICA 7

Intensidad, dolor y malestar abdominal, medidos mediante una escala análoga visual en 48 pacientes diabéticos con síntomas gastrointestinales, atendidos en el Patronato de Pacientes Diabéticos de Guatemala, de Mayo a Junio del 2001.



CUADRO 8

Relación de la presencia o ausencia de síntomas gastrointestinales y calidad de vida de 96 pacientes diabéticos atendidos en el Patronato de Pacientes Diabéticos de Guatemala, de Mayo A Junio del 2001

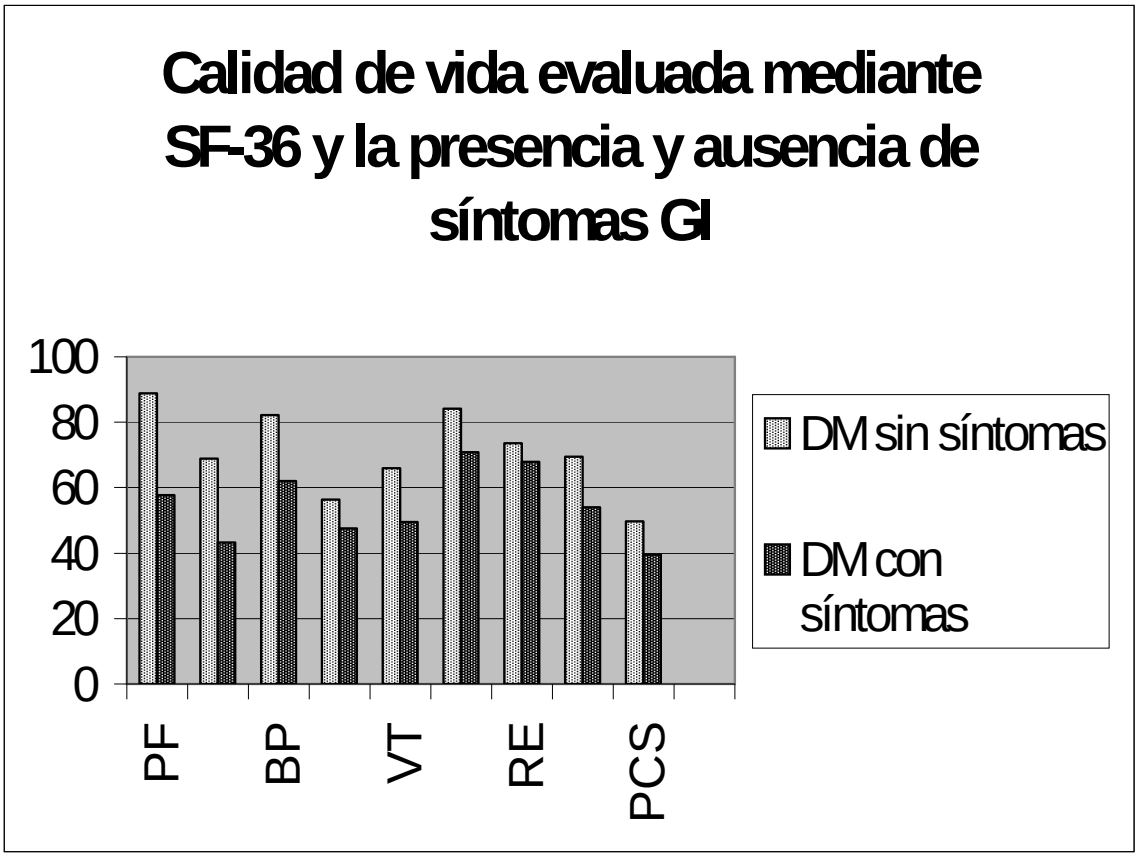
***	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	PCS
DM sin síntomas	88.9± 12.8	68.8± 40.7	82.1± 24.2	56.4± 15.9	65.9± 25.7	84.1± 24.0	73.6± 31.4	69.4± 24.2	49.7± 6.4
DM con síntomas	57.8± 27.8	43.2± 41.1	62.0± 27.0	47.6± 18.8	49.5± 27.1	70.8± 27.0	68.0± 34.3	54.0± 26.8	39.5± 9.8
Valor de p*	0.001	0.003	0.001	0.016	0.003	0.013	0.41	0.004	0.001

***PF (Función Física); RP (Rol Físico); BP (Dolor Corporal); GH (Salud General); VT (Vitalidad); SF (Función Social); RE (Rol Emocional); MH (Salud Mental); PCS (Actividad Física)

Fuente: Boletas de recolección de datos

GRAFICA 8

Relación de la presencia o ausencia de síntomas gastrointestinales y calidad de vida de 96 pacientes diabéticos, atendidos en el Patronato de Pacientes Diabéticos de Guatemala, de Mayo a Junio del 2001.



CUADRO 9

Distribución de grupo de edad y calidad de vida de 48 pacientes con presencia de síntomas gastrointestinales, atendidos en el Patronato de Pacientes Diabéticos de Guatemala, de Mayo a Junio del 2001

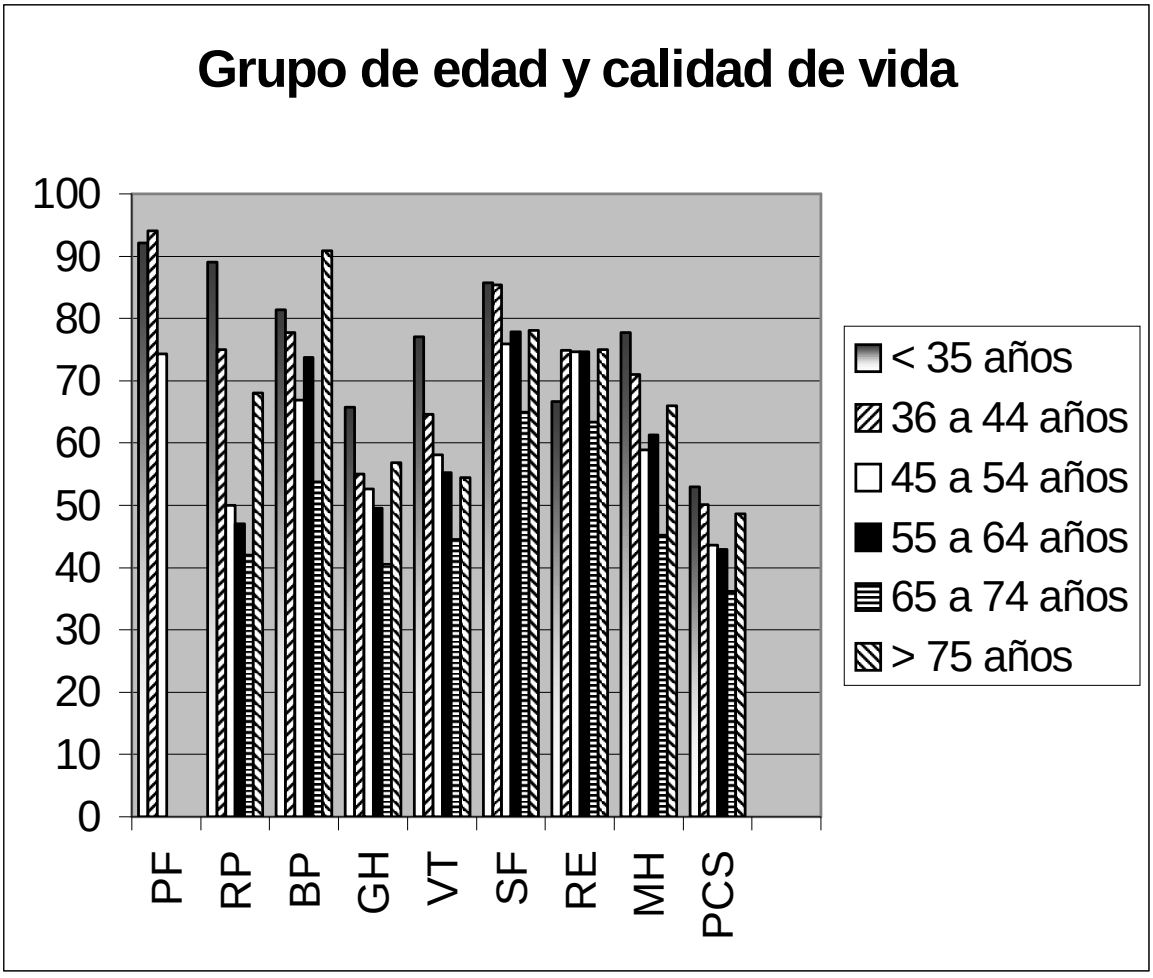
***	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	PCS
GRUPO 1	92.1 ± 8	89 ± 19.6	81.4± 18.2	65.7 ± 9.3	77.1± 14.3	85.7± 16.8	66.7 ± 43	77.7 ± 9.4	53 ± 4.3
GRUPO 2	94.1± 11	75 ± 38.4	77.7 ± 28	55 ± 17.9	64.6 ± 27	85.4± 22.5	74.9± 32.1	71 ±27	50.1 ± 6
GRUPO 3	74.3± 22.5	50 ± 44.3	66.9± 28.1	52.6± 17.3	58.1± 30.1	75.9± 29.4	74.7± 32.9	58.9± 26.8	43.6 ± 9.1
GRUPO4	68.9± 27.2	47 ± 45.1	73.7± 28.8	49.5± 18.8	55.3 ± 26	77.9± 23.8	74.7± 33.3	61.3± 27.3	42.9 ± 9.9
GRUPO 5	44.5± 31.1	42 ± 37.3	53.8± 25.6	40.5± 19.7	44.5 ± 28	65 ± 30.5	63.3± 33.1	45.2 ± 27	36.2± 10.2
GRUPO 6	75.6± 25.1	68 ± 37.2	90.9± 10.6	56.9± 12.2	54.4± 28.7	78.1± 30.4	75 ± 29.5	66 ± 24	48.6 ± 8.5
VALOR DE p*	0.000	0.68	0.53	0.07	0.54	0.54	0.90	0.13	0.001

*** PF (Función Física); RP (Rol Físico); BP (Dolor Corporal); GH (Salud General); VT (Vitalidad); SF (Función Social); RE (Rol Emocional); MH (Salud Mental); PCS (Actividad Física).

Fuente: Boletas de recolección de datos

GRAFICA 9

Distribución de grupo de edad y calidad de vida de 48 pacientes con presencia de síntomas gastrointestinales, en 48 pacientes atendidos en el Patronato de Pacientes Diabéticos de Guatemala, de Mayo a Junio del 2001



CUADRO 10

Escala visual análoga de intensidad de Síntomas Gastrointestinales y calidad de vida de 48 pacientes con presencia de SGI, atendidos en el Patronato de Pacientes Diabéticos de Guatemala, de Mayo a Junio del 2001

***	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	PCS
Nada	61.6 ± 25.1	63.8 ± 33.3	78.8 ± 18.2	56.6 ± 16.7	59.4 ± 33.3	84.7 ± 19.5	70.3 ± 35.1	69.3 ± 28.9	49.9 ± 13.4
Leve	62.1 ± 29	43.4 ± 39.8	65.7 ± 24.6	48.6 ± 18.9	50.5 ± 22.7	71 ± 30	70.1 ± 33.1	55.7 ± 24	44.9 ± 11.3
Moderada	57.7 ± 28	43.1 ± 43.4	57.2 ± 31.9	45 ± 22.6	45.4 ± 28.5	75 ± 15.8	75.7 ± 33.6	46.1 ± 25.8	43.7 ± 8.9
Grave	50 ± 35.3	40 ± 54.7	55 ± 9	45 ± 12.7	49 ± 25.8	60 ± 27	53.3 ± 44.7	47.2 ± 27.6	40.7 ± 13.3
Muy Grave	38.7 ± 19.3	0 ± 0	28.1 ± 28.3	32.5 ± 11.9	33.7 ± 34.9	40.6 ± 34.4	49.9 ± 33.3	41 ± 33	38.5 ± 9.8
Valor de p*	0.593	0.149	0.022	0.291	0.605	0.070	0.628	0.272	0.450

*** PF (Función Física); RP (Rol Físico); BP (Dolor Corporal); GH (Salud General); SF (Salud Social); RE (Rol Emocional); MH (Salud Mental); PCS (Actividad Física)

Fuente: Boletas de recolección de datos

CUADRO 11

Escala visual análoga de dolor Abdominal y calidad de vida, de 48 pacientes con presencia de síntomas gastrointestinales atendidos en el Patronato de Pacientes Diabéticos de Guatemala, de Mayo a Junio del 2001.

***	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	PCS
Nada	64.8 ± 26.3	53.5 ± 39.5	70 ± 22.1	52.5 ± 17.3	57.6 ± 23.8	74.5 ± 23.4	71.4 ± 35.9	62.1 ± 24	42.4 ± 8.4
Leve	57.2 ± 25.3	41.6 ± 46.7	56.3 ± 30	47.7 ± 18.5	46.1 ± 31.2	70.8 ± 41.9	70.3 ± 30.9	51.1 ± 31	38.6 ± 10.2
Moderada	40 ± 25.4	16.6 ± 20.4	49.1 ± 29.4	30.8 ± 12.4	25 ± 8.9	58.3 ± 12.9	66.6 ± 36.5	30.6 ± 13.7	32.2 ± 8.1
Grave	57.5 ± 45.9	50 ± 70	78.7 ± 15.9	60 ± 21.2	57.5 ± 60.1	75 ± 35.3	66.6 ± 47.1	60 ± 45.2	43.3 ± 13
Muy Grave	30 ± 27.8	0 ± 0	18.3 ± 7.2	26.6 ± 17.5	26.6 ± 12.5	58.3 ± 28.8	33.3 ± 0	29.3 ± 16.6	26.1 ± 8.1
Valor de p*	0.119	0.099	0.007	0.018	0.035	0.663	0.510	0.036	0.013

*** PF (Función Física); RP (Rol Físico); BP (Dolor Corporal); GH (Salud General VT (Vitalidad); SF (Función Social); RE (Rol Emocional); MH (Salud Mental); PCS (Actividad Física)

Fuente: Boletas de recolección de datos

CUADRO 12

Escala visual análoga de Malestar Abdominal y calidad de vida de 48 pacientes diabéticos atendidos en el Patronato de Pacientes Diabéticos de Guatemala, de Mayo a Junio del 2001.

***	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	PCS
Nada	60.5 ± 23.9	62.5 ± 35.8	75.5 ± 20.2	56.5 ± 15.6	60 ± 31	86.2 ± 19	69.9 ± 33.1	68.8 ± 27.3	43 ± 7.4
Leve	67.7 ± 22.7	47.2 ± 40.1	67.3 ± 24.1	48.6 ± 18.2	51.6 ± 22	70.8 ± 28.4	75.9 ± 33.9	55.7 ± 23.3	41.9 ± 8.6
Moderada	53.3 ± 35.1	44.4 ± 41	59.7 ± 23.9	45.5 ± 17.5	46.1 ± 28.5	66.6 ± 19.7	70.3 ± 35.1	49.3 ± 24	38.5 ± 10
Grave	34.1 ± 24.7	16.6 ± 40.8	42.9 ± 36.7	31.6 ± 19.6	35 ± 33.9	58.3 ± 33.2	55.5 ± 34.4	35.3 ± 29	30.6 ± 12
Muy Grave	53 ± 31.7	20 ± 44.7	43 ± 28.1	49 ± 22.7	44 ± 26.3	62.5 ± 35.3	46.6 ± 33.7	48.8 ± 33.7	35.5 ± 10.6
Valor de P*	0.125	0.165	0.062	0.149	0.468	0.271	0.164	0.079	0.079

*** PF (Función Física); RP (Rol Físico); BP (Dolor Corporal); GH (Salud General); VT (Vitalidad); SF (Función Social); RE (Rol Emocional); MH (Salud Mental); PCS (Actividad Física)

Fuente: Boletas de recolección de datos

IX. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

La influencia negativa que tienen los síntomas gastrointestinales en la calidad de vida del paciente diabético queda evidenciada en el presente estudio. Se incluyeron 96 pacientes diabéticos, con presencia o no de síntomas gastrointestinales; con una edad promedio de 54.6 años ± 1.28 años, 31 hombres y 65 mujeres. Del total de pacientes estudiados, 92 tenían Diabetes Mellitus (DM) tipo II y sólo 4 tenían de DM tipo I; utilizando 11 de los pacientes insulina en su esquema de tratamiento. Por la poca cantidad de pacientes con diabetes tipo I y la poca utilización de insulina no se realizó comparación entre ambos grupos ya que podría expresar datos no confiables.

El síntoma gastrointestinal más frecuente fue reflujo gastroesofágico (ERGE) (41.6%), seguido de síndrome de colon irritable (SCI) (20.8%) e incontinencia fecal (20.8%). (Cuadro y gráfica 3).

En el cuadro 4 se presenta la distribución de los síntomas gastrointestinales según el sexo, en donde observamos que la presencia de SGI fue más frecuente en las mujeres comparado con los hombres (p 0.000) (cuadro y gráfica 4).

Al comparar los grupos de edad con la presencia de síntomas gastrointestinales se demostró que los pacientes con mas edad presentaron peor calidad de vida comparado con pacientes jóvenes (p 0.004). (cuadro y gráfica 6).

El cuadro 7 muestra la distribución de la severidad de la intensidad de los SGI, la severidad del dolor y malestar abdominal en los 48 pacientes que presentaban SGI. Esta severidad fue la que los pacientes percibieron durante la última semana (antes de realizarle la encuesta).

El cuadro 8 muestra la relación de la presencia o ausencia de síntomas gastrointestinales con la calidad de vida de los pacientes. Podemos observar que todas las escalas de salud se encontraban afectadas; es decir, que los pacientes con síntomas gastrointestinales tienen peor calidad de vida comparada con los que no tenían síntomas. La escala PF evalúa la función física, el grupo sin síntomas presentó valores mas altos que los que tenían síntomas 88.9 ± 12.8 vrs. 57.8±27.8, (p 0.001); significa que la presencia de síntomas gastrointestinales afecta la función física de

los pacientes; es decir, que tienen mayores limitaciones para realizar las actividades físicas debido a su salud. La escala RP evalúa el rol físico, los pacientes sin síntomas fueron de 68.8 ± 40.7 vrs. 43.2±41.4 (p 0.003) en los pacientes con síntomas; demostrando que los pacientes con SGI tienen más problemas al realizar el trabajo u otras actividades cotidianas debido a su salud física. La escala PCS es una subsecala de valoración de actividad física, los pacientes sin síntomas se obtuvieron resultados mas altos comparado con los que tenían síntomas 49.7±6.4 vrs. 39.5±9.8 (p 0.001).

La escala BP evalúa dolor corporal; nuevamente los pacientes con síntomas presentaron valores mas bajos que los pacientes sin síntomas, 62.0±27.0 vrs 82.1±24.2 (p 0.001). Esta escala evalúa el dolor corporal, demostrándonos que estos pacientes presentan más limitaciones debido a la presencia de dolor. En la escala GH, igualmente los pacientes con síntomas presentan valores más bajos 47.6±18.8 vrs 56.4±15.9 (p 0.016); en esta escala los pacientes evalúan su salud general, lo que traduce que los pacientes con SGI perciben una peor salud en general comparado con los que no tienen síntomas.

La escala VT evalúa la vitalidad, similarmente a los resultados previos esta escala presenta el mismo patrón 49.5±27.1 vrs. 65.9±25.7 (p 0.003) traduciendo que los pacientes con síntomas presentan más agotamiento y cansancio que los que no tienen síntomas. SF evalúa la función social, el grupo con síntomas nuevamente presento peores valores 70.8±27 vrs 84.1±24 (p 0.013), demostrando que los pacientes con síntomas tienen más interferencias en las actividades sociales normales por problemas emocionales o físicos. En la escala MH los valores en ambos grupos fueron 54.0±26.8 vrs 69.4±24.2 (p 0.004) respectivamente, lo que significa que los pacientes con síntomas presentan más depresión y nerviosismo durante más tiempo.

La escala RE evalúa el rol emocional, en este grupo no existió diferencia estadística significativa pero los valores son menores en el grupo de pacientes con síntomas 68.0±34.3 vrs. 73.6±31.4 (p 0.41). En resumen los datos anteriores traducen que casi en todas las escalas excepto en la RE existe diferencia, significando que la presencia de síntomas gastrointestinales tienen un efecto negativo sobre la percepción de la calidad de vida en los pacientes diabéticos.

En el cuadro 9 se muestra la distribución de los grupos de edad y la evaluación de las escalas de calidad de vida de cada grupo. Los valores están expresados en medias ±DE. Podemos observar que existió diferencia significativa en las escalas de PF y PCS, las cuales al realizar la corrección de Bonferroni, estas diferencias persistieron. En la escala PF la diferencia

fue al comparar el grupo 1 con el grupo 5 (p 0.002), el grupo 2 con el 4 (p 0.037), el grupo 2 con el 5 (p 0.000) y el 3 con el 5 (p 0.014). En la escala de PCS la diferencia fue al comparar el grupo 1 con el grupo 5 (p 0.004) y el grupo 2 con el 5(0.006). Esto significa que en los grupos donde hubo diferencia significativa la calidad de vida está más afectada en los pacientes de mayor edad. El grupo 1 se refiere a los pacientes menores de 35 años, el grupo 2 a los de 36 a 44 años, el grupo 3 de 45 a 54años, el grupo 4 de 55 a 64 años y el grupo 5 de 65 a 74 años.

En el cuadro 10 se muestra la escala visual análoga de la severidad de la intensidad de los síntomas durante la última semana y su relación con la percepción de la calidad de vida de los pacientes. Los resultados fueron significativos en la escala de dolor corporal (BP) p=0.022, la diferencia fue al comparar los pacientes que la severidad fue 0 con los que tuvieron una severidad muy grave (p.015), traduciendo que mientras más severos son los síntomas peor es la calidad de vida, afectando principalmente a la escala de dolor corporal.

El cuadro 11 muestra la escala visual análoga de la gravedad del dolor abdominal y su relación con la calidad de vida, los valores de p fueron significativos en BP (p 0.007), GH (p 0.018), VT (p 0.035), MH (p 0.036) y PCS (p 0.013), pero al hacer la corrección de Bonferroni la diferencia fue al comparar los que no tuvieron dolor abdominal (0) con los que tuvieron dolor abdominal muy grave, solo existió diferencia significativa en las escalas de BP (p 0.010) y en PCS (p 0.042). Podemos darnos cuenta que mientras más grave es el dolor abdominal peor es la calidad de vida del paciente y se afecta principalmente en las escalas de dolor corporal y actividad física.

El cuadro 12 muestra una escala visual análoga de la gravedad del malestar abdominal y la calidad de vida, en donde no existió diferencia significativa en ningún grupo, sin embargo existe cierta tendencia en las escalas de BP y PCS, traduciendo que la gravedad del malestar abdominal no afecta la calidad de vida del paciente diabético en ninguna de las escalas en forma significativa.

X. CONCLUSIONES

1 El sexo femenino (63%) es el más frecuentemente afectado por síntomas gastrointestinales en la población diabética en estudio.

2. El síntoma gastrointestinal más frecuente que afecta a los pacientes diabéticos es el Reflujo Gastroesofágico (41.6%), seguido por Síndrome de Colon Irritable (20.8%) e Incontinencia Fecal (20.8%).

3. Los grupos de edad más afectados por los síntomas gastrointestinales fueron los grupos de 65 a 74 años (90%), seguido del grupo de 45 a 54 años (62.1%) y por el grupo de 55 a 64 años (50%).

4. Las escalas de calidad de vida que más se ven afectadas en el grupo de pacientes diabéticos con síntomas gastrointestinales son PCS, Rol Físico y Salud General.

5. La percepción de la calidad de vida en los pacientes diabéticos con síntomas gastrointestinales presentaron valores bajos comparado con los que no tenían síntomas.

6. En relación con la edad y la calidad de vida, los pacientes con mayor edad y con síntomas gastrointestinales tenían peor calidad de vida, comparándolo con los más jóvenes con síntomas gastrointestinales.

7. La calidad de vida es inversamente proporcional a la intensidad de los síntomas gastrointestinales; es decir que mientras más intensos son los síntomas GI peor es la calidad de vida

8. La calidad de vida es inversamente proporcional a la intensidad del dolor abdominal, es decir que mientras más intenso es el dolor abdominal peor es la calidad de vida.

XI. RECOMENDACIONES

1. Sabiendo que la presencia de síntomas gastrointestinales, tienen un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus, es necesario implementar una atención integral a estos pacientes, y así brindarles una mejor calidad de vida.

2. Debe tenerse un mejor control de los síntomas GI en los pacientes diabéticos ya que interfieren en la calidad de vida de los pacientes.

XII. RESUMEN

La calidad de vida de los pacientes diabéticos es afectada por distintas complicaciones, y los síntomas gastrointestinales son una de ellas, por lo que es importante cuantificar el impacto que tienen estos en la calidad de vida del paciente diabético y así brindarles una mejor atención.

En nuestro estudio evaluamos a 96 pacientes diabéticos (31 hombres y 65 mujeres) cuyas edades variaron desde 21 a 78 años (promedio 54.6 ± 1.28 años) tratados en el Patronato de Pacientes Diabéticos de Guatemala, los cuales fueron divididos en dos grupos: A. con síntomas gastrointestinales y B. sin síntomas gastrointestinales. A todos los pacientes se les realizó un cuestionario para evaluar la presencia de síntomas gastrointestinales y una encuesta de salud llamada SF-36 para evaluar la percepción de calidad de vida, además de recolectar información demográfica general (edad, sexo, tipo de diabetes y tratamiento).

Demostrando que el sexo mayormente afectado es el femenino. El síntoma gastrointestinal más frecuente fue el Reflujo Gastroesofágico, seguido de Síndrome de Colon Irritable y de Incontinencia Fecal. Únicamente 4 pacientes eran insulino dependientes y 11 pacientes utilizaban insulina para control metabólico, por lo que no se pudieron comparar estos grupos.

El grupo de pacientes con síntomas gastrointestinales presentó una calidad de vida peor en todas las escalas comparado con los que no presentaban síntomas. Los pacientes de mayor edad presentaron una calidad de vida peor que los mas jóvenes. Mientras más intensos fueron los síntomas gastrointestinales y más grave el dolor abdominal, más se afectó la calidad de vida de los pacientes diabéticos.

Con los resultados obtenidos en el estudio podemos concluir que la presencia de los síntomas gastrointestinales tiene una influencia negativa en la calidad de vida del paciente diabético.

XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Aaronson NK. et al International Quality of Life Assessment (IQOLA) project. Quality of Life Research 1992;1:349-351.

2. Abrahamsson H. Gastrointestinal motility disorders in patients with Diabetes mellitus. J Intern Med 1995 Apr;237(4):403-409.

3. Annese V. et al. Gastrointestinal motor dysfuntion, symptoms and Neurophaty in noninsulin-dependient (type) diabetes mellitus. J Clin Gastroenterol 1999 Sep;29(2):171-177.

4. Blasco T. et al. Neuropatía motora pudenda y alteración de la Sensibilidad anorrectal en respuesta a estímulos eléctricos y térmicos en pacientes diabéticos y con incontinencia fecal idiopática. http//www.sucir.com/suc/neuropatia.htm.

5. Brazier, JE. et al. Validating the SF-36 health survey questionnaire: New outcome measure for primary care. BMJ 1992;305:160-164.

6. Bytzer P. et al. Oral hipogllicaemic drug and gastrointestinal symptoms in diabetes mellitus. Aliment Pharmacol Terh 2001 Jan; 17;15(1):137-142.

7. Carral SL,F. et al. Calidad de vida relacionada con la salud en Pacientes con diabetes mellitus tipo 2 ingresados en un hospital de tercer nivel. Endocrinología y Nutrición 2000 Abril 1;47(4):108-112.

8. Clefsky, Jerrold M. Diabetes Sacarina. En: Wyngaarden. Smith. Bennett. Tratado de Medicina Interna de Cecil. 19ed. Philadelphia: Interamericana,1994.T.1(pp1503-1525)

9. Centros para el control y prevención de las enfermedades. Hoja Nacional de Diabetes.htm http.//www.cdc.gov/diabetes/pobs/factesp.htm

10. Deyo, RA. et al. Tuie quality of life, Researchg, and Care. Ann Intern Med 1991;114:695-697.

11. DIABETES
http.//www.who.int/need/dia.

12. Enck P. et al. Quality of life in patients with upper gastrointestinal symptoms. Results from the domestical International Gastroenterology Surveillance Study (DIGEST). Scand J Gastroenterol Suppl 1999 Sep;231(1):48-54.

13. Enteropatía Diabética.
htpp//www.utolima.ut.edu.co/fsalud/asignaturas/trabajo-estudiantes/entropiadiabetica/Enteropatía%DIABETICA.HTM-24k

14. Feldman M. et al. Disorders of Gastrointestinal Motility Associated With Diabetes Mellitus. Ann Intern Med 1983;98:378-384.

15. Fernández, JA. et al. Evaluación de la calidad de vida en un grupo de enfermos de Diabetes Mellitus atendidos en un C.S.
http//www.SVMFYC.org/

16. Folwaczny C. et al. Gastrointestinal involment in patients with Diabetes mellitus: Part I. Epidemiology, pathophysiology,clinical findings. Z. Gastroenterol 1999 Sep; 37(9):803-815.

17. Folwaczny C. et al. Gastrointestinal involment in patients with Diabetes mellitus: part II. Diagnostic preceadures, Pharmacological and nonpharmalogical therapy. Z Gastroenterol 1999 Sep;37(9):817-826.

18. Garber AJ. Diabetes Mellitus. En: Jay Stein. Medicina Interna. Barcelona: Salvat, 1991. T.II (2224-2252)

19. Garratt AM. et al. The SF36 health survey questionnaire: an outcome measure suitable for routine use within the NHS. BMJ 1993;306:1440-1444.

20. Gill, TM. et al. A Critical Appraisal of the Quality of Quality-of-Life Measurements. JAMA 1994 August 24;272(8):619-626.

21. Gralnek I M. et al. The impact of Irritable Bowel Syndrome on Health-Related Quality of Life. Gastroenterology 2000;119:654-660.

22. Gullatt, G H. et al. Meassuring Health-related Quality of Life. An Intern Med 1993;118:622-629.

23. Gulliford MC. et al. Relationship of health- related quality of life to symptoms severity in diabetes mellitus. A study in Trinidad y Tobago. J Clin Epidemiol 1999 Aug;52(8):773-780.

24. Guyton, AC. Tratado de Fisiología Médica; Sistema Nervioso Autónomo. 8 ed. Philadelphia: Interamericana,1992.(699-711)

25. Hawbrich, WS. et al. Bockus Gastroenterología...5ed. Philadelphia: Saunders,1995. T.I.(11-41,87-113)

26. Hays RD. et al. The Rand 36-Item Health Survey 1.0 Health Economics 1993;2:217-227.

27. Holloway RH. et al. Relationship betwen esophagel motility and Transit in patients with type 1 diabetes mellitus. Am J Gastroenterol 1999 Nov;94(11):3150-3157.

28. IN MEMORIAM. Dispepsia funcional. http//www.encolombia.com/gastro-dispepsia-funcional.htm.

29. Jekinson C. et al. Criterion vality and reliability of the SF-36 in a population sample. Quality of Life Research 1994;3:7-12.

30. Kellow JE. Organic Causes of dyspepsia and discriminiting Functional from organic dyspepsia. Bailleres Clin Gastroenterol 1998 Sep;12(3);477-487.

31. Luch I. et al. Gastroesophageal Reflux in diabetes mellitus. Am J Gastroenterol 1999 Apr;94(4):919-924.

32. Maleky D. et al. Gastrointestinal tract symptoms among persons with diabetes mellitus in the community. Mayo Clinic 2000 Oct 9; 160(18):2808-2816.

33. McHorney CA. et al. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical test of vality in measuring physical and mental health constructs. Medical Care 1993;31:247-263.

34. NewsWatch. Patients Often Mistake Diabetes Drug Side Effects for Symptoms. http//www.sintomas en diabetes_files/ndi_files/063099ª.htm.

35. Physician's Focus-Diabetes Data-page 18-Therapeutic Options. Disadvantages of Metformin http//www.endocrinología.net

36. Ricci JA. et al. Upper gastrointestinal tract symptoms in a U:S: National sample of adults with diabetes. Scand J Gastroenterol 2000 Feb;35(2):152-159.

37. Ross, MA. Neuropatía Relacionada con Diabetes. En Biller José. Medicina Interna. Philadelphia: Interamericana, 1993.T.I. (121-134)

38. Schlaepfer P. et al. La medición de salud: Perspectivas teóricas y Metodológicas. Salud Pública Mex 1990 Abril;32(2):141-155.

39. Spangeus A. et al. Prevalence of gastrointestinal symptoms young and middle-aged diabetic patients. Scand J Gastroenterol 1999 Dec;34(12):1196-1202.

40. Stewart, A L. et al. Functional status and Well-being of patients With Chronic Conditions. JAMA 1989 August 18;262(7):907-9.

41. Talley, NJ. et al. Impact of Chronic Gastrointestinal Symptoms In Diabetes Mellitus on Health-Related Quality of Life. Am J Gastroenterol 2001 Jan;96(1):71-76.

42. Testa, MA. Et al. Assessment of Quality of Life Outcomes. N Engl J Med 1996 March 28;334(13):835-840.

43. The International Quality of life Assessment (IQOLA) Project. http//www.iqola.org.com/

44. Vaisman N. et al. Gastric emptying in patients with diabetes type I Diabetes mellitus. Ann Y Aca a Sci 1999 Apr 20;873(3):506-511.

45. Vandale T, S. et al. La medición de salud de la población: una actividad fundamental para los servicios de salud. Salud pública de México 1985 Abril;27(2):116-123.

46. Virally-Mond M. et al. Chronic diarrhoea and diabetes mellitus: Prevalence of small intestinal bacterial overgrowth. Diabetes Metab 1998 Dec;24(6):530-536.

47. Vogt M. et al. Gastrointestinal complications of diabetes mellitus. Med Klin 1999 Jun 15;95(6):329-337.

48. Ware, JE. et al. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual. N Engl J Med 1994 Dec.

49. Ware, JJ. et al. The MOS 36-item short form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Medical Care 1992;30:473-483.

50. Zuñiga, M A. et al. Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México. Salud Pública de México 1999 Marzo-Abril;41(2):110-117.

XIV. ANEXOS

Hoja de Consentimiento Escrito

"*Impacto de los Síntomas Gastrointestinales en la Percepción de la Calidad de Vida del Paciente Diabético*"

Responsable: Alejandra Custodio Vásquez

Yo _____ de _____ años de edad, he sido informada(o) del proyecto de investigación "*Impacto de los Síntomas Gastrointestinales en la Percepción de la Calidad de Vida del Paciente Diabético*", el cual es realizado en el Patronato de Pacientes Diabéticos de Guatemala (PAPADIGUA), por lo que estoy de acuerdo a responder dichas encuestas relacionadas al proyecto.

_____ **fecha**

_____ **firma**

SINTOMAS GENERALES

Los síntomas abdominales que ha estado sintiendo como dolor o malestar o cambios en e hábito intestinal pueden ser difíciles de describir y en ocasiones pueden ocurrir simultáneamente. Iniciaremos preguntándole sólo acerca del dolor o malestar principal o típico que usted siente.

1. Con respecto a su problema principal, diría usted que este dolor o malestar usualmente se presenta: **(por favor marque sólo una respuesta)**.

1 En el pecho.
2 Por encima del ombligo, es decir, en el estómago.
3 Por debajo del ombligo, es decir, en el abdomen inferior.
4 En distintos lugares tanto en abdomen superior como inferior.
5 Ninguna de las anteriores.

2. ¿Cómo describiría usted sus síntomas típicos?

1 Sí 2 No a. Dolor o presión en el pecho.
1 Sí 2 No b. Sensación de llenura, gas o inflamación abdominal.
1 Sí 2 No c. Distensión evidente y visible del abdomen .
1 Sí 2 No d. Sensación de tener el recto lleno aún después de evacuar.
1 Sí 2 No e. Urgencia para evacuar.
1 Sí 2 No f. Náusea.
1 Sí 2 No g. Dolor abdominal.
1 Sí 2 No h. Alteración de las evacuaciones (diarrea o estreñimiento).

3. Si usted pudiera eliminar el síntoma más molesto, ¿cuál de los siguientes escogería? (por fav marque solo una respuesta).

1 Dolor o presión en el pecho.
2 Sensación de distensión, gas o de estar muy lleno.
3 Distensión abdominal visible.
4 Sensación de tener el recto lleno aún después de evacuar.
5 Urgencia para evacuar.
6 Náusea.
7 Dolor abdominal.
8 Alteración de las evacuaciones (diarrea o estreñimiento).
9 Ninguna de las anteriores.

4. ¿Qué tan intensos suelen ser sus síntomas? (por favor marque solo una respuesta).

1 No presento ningún síntoma.
2 Leves: No siento los síntomas a menos que piense en ellos.
3 Moderados: No puedo ignorar los síntomas pero no afectan mi estilo de vida.
4 Graves: Afectan mi estilo de vida.
5 Muy graves: Afectan marcadamente mi estilo de vida.

5. Por favor califique de forma general la intensidad de sus síntomas gastrointestinales durante l última semana. Marque con un círculo sólo uno de los siguientes números.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Sin síntomas (Asintomático) — Los síntomas más intensos imaginable

6. Por favor califique la gravedad de su **DOLOR** abdominal durante la última semana. Marque c un círculo, uno de los siguientes números.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Sin síntomas (Asintomático) — Los síntomas más intensos imaginables.

7. Por favor califique la gravedad de su **MALESTAR** (aparte de dolor) abdominal durante la últi semana. Marque con un círculo, uno de los siguientes números.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Sin síntomas (Asintomático) — Los síntomas más intensos imaginables

Cuestionario de Síntomas Digestivos
Departamento de Gastroenterología
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición
Salvador Zubirán (INCMNSZ)

Instrucciones: Este cuestionario ayudará a identificar su problema médico y los factores que contribuyen al mismo. Conteste todas las preguntas. Sí tiene duda, conteste la respuesta más probable. Nosotros mantendremos confidencialidad en toda la información. Gracias por su ayuda.

Fecha: _____
Nombre del paciente: _____
Fecha de nacimiento: _____
Registro: _____

Sexo: ___Masculino ___Femenino

© 2001 Version 1.0 28/2/01
Division of Gastroenterology,
Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán-México

SINTOMAS TORACICOS

8. ¿Diría usted que por lo menos 1 vez al mes ha presentado alguno de los siguientes síntomas?

a. Agruras o acidez durante el día (sensación de ardor en el pecho durante el día).
b. Agruras o acidez durante la noche (ardor en el pecho que lo despierta).
c. Reflujo del contenido del estómago hacia la boca o el esófago durante el día (contenidos gástricos amargos o ácidos que se regresan hacia la boca).
d. Reflujo del contenido del estómago hacia la boca o el esófago durante la noche (contenidos gástricos amargos o ácidos que se regresan hacia la boca).

SINTOMAS DEL ABDOMEN SUPERIOR

La siguiente serie de preguntas son acerca de síntomas que usted puede presentar EN LA PARTE SUPERIOR DEL ABDOMEN, es decir, por encima del ombligo.

. En los últimos 3 meses, ¿ha tenido usted dolor o malestar continuo o repetido en la parte **SUPERIOR** del abdomen? (Sí usted es mujer, este **NO** debe estar relacionado con su menstrual o periodo).

1 Sí. 2 No.

Sí 2 No a. El dolor o malestar mejora frecuentemente al comer.
Sí 2 No b. El dolor o malestar ocurre frecuentemente antes de comer o al tener hambre.
Sí 2 No c. El dolor o malestar aumenta de intensidad con los alimentos.
Sí 2 No d. El dolor o malestar lo despierta ocasionalmente cuando usted está durmiendo.
Sí 2 No e. El dolor o malestar es periódico con incrementos y mejorías.
Sí 2 No f. El dolor o malestar se acompaña de sensación de estómago muy lleno poco después de haber iniciado una comida de cantidad normal.
Sí 2 No g. El dolor o malestar se acompaña de sensación de estómago muy lleno o digestión lenta durante por lo menos 2 horas después de una comida de cantidad normal.
Sí 2 No h. El dolor o malestar se acompaña de sensación de náusea (ganas de vómitar).

Sí 2 No i. El dolor o malestar se acompaña de arcadas y/o vómito repetido.
Sí 2 No j. Presenta usted inflamación del abdomen superior sin presentar distensión visible.

SÍNTOMAS DEL ABDOMEN INFERIOR

. ¿En los últimos 3 meses, ha tenido usted síntomas continuos o repetidos de malestar o dolor en parte **INFERIOR** de su abdomen? (Sí usted es mujer, este **NO** debe estar relacionado con su lo menstrual o periodo).

1 Sí 2 No.

í 2 No a. ¿Este dolor o malestar generalmente mejora con las evacuaciones?.
í 2 No b. ¿Este dolor o malestar generalmente se asocia con cambios en la frecuencia de sus evacuaciones (es decir: con mayor o menor número de evacuaciones)?
í 2 No c. ¿Este dolor o malestar típicamente se asocia con cambios en la consistencia de sus evacuaciones (es decir: más duras o más flojas)?

HÁBITOS INTESTINALES

Diría usted que en por lo menos el 25% (1/4 parte) de las veces durante los últimos 3 meses, ha sentado cualquiera de los siguientes:

2 No a. Menos de 3 evacuaciones por semana (0 - 2).
2 No b. Más de 3 evacuaciones por día.
2 No c. Evacuaciones duras o en forma de bolitas.
2 No d. Evacuaciones flojas o líquidas.
2 No e. Pujo para lograr la evacuación.
2 No f. Urgencia, es decir tener que correr al baño debido a una evacuación.

2 No g. Sensación de evacuación incompleta.
2 No h. Presencia de moco en las evacuaciones.
2 No í. Evacuaciones que alternan entre flojas o líquidas y duras o en bolitas.
2 No i. Necesito de ayudarme con los dedos para lograr la evacuación.

iría usted que durante cuando menos un mes ha tenido salida involuntaria de excremento?

1 Sí 2 No

iría ud. que la salida involuntaria de excremento

14. ¿Toma usted cualquier compuesto de forma regular (Imodium, Lomotil, fibra) debido a diarre
1 Sí 2 No

HISTORIA MEDICA

Ahora queremos hacerle una serie de preguntas con respecto a su HISTORIA MÉDICA.

15. ¿Cuántas veces ha asistido al doctor en el último año por cualquier problema?

1 Ninguna.
2 1 o 2 veces.
3 3 a 5 veces.
4 6 a 10 veces.
5 Más de 10 veces.

16. ¿Cuántas veces ha asistido al doctor en el último año por problemas gastrointestinales?

1 Ninguna.
2 1 o 2 veces.
3 3 a 5 veces.
4 6 a 10 veces.
5 Más de 10 veces.

17. ¿Alguna vez ha asistido a consulta con un gastroenterólogo?

1 Sí. 2 No.

...todas sus actividades normales.

...te cada pregunta marcando la respuesta como se le indica. Si no está seguro o segura de cómo responder a una ...ta, por favor dé la mejor respuesta posible.

...general, ¿diría que su salud es:

(marque un solo número)

Excelente	1
Muy buena	2
Buena	3
Regular	4
Mala	5

...parando su salud con la de hace un año, ¿cómo la calificaría en general ahora?

(marque un solo número)

Mucho mejor ahora que hace un año	1
Algo mejor ahora que hace un año	2
Más o menos igual ahora que hace un año	3
Algo peor ahora que hace un año	4
Mucho peor ahora que hace un año	5

...iguientes frases se refieren a actividades que usted podría hacer durante un día normal. ¿Su estado de salud ...l lo limita para hacer estas actividades? Si es así, ¿cuánto?

(marque un solo número en cada línea)

...ADES	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita en absoluto
...ades vigorosas, tales como correr, levantar objetos pesados, participar ...es intensos	1	2	3
...ades moderadas, tales como mover una mesa, barrer, trapear, lavar, juga... ...éisbol	1	2	3
...ar o llevar las compras del mercado	1	2	3
...arios pisos por la escalera	1	2	3
...n piso por la escalera	1	2	3
...e, arrodillarse o agacharse	1	2	3
...más de diez cuadras	1	2	3
...varias cuadras	1	2	3
...una cuadra	1	2	3
...o vestirse	1	2	3

...ight© New England Medical Center Hospitals, Inc., 1995. (IQOLA SF-36 Spanish (Mexico) Version 1.1)

4. Durante el último mes, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras activ diarias normales a causa de su salud física?

	(marque un número SÍ	N
a. Ha reducido el **tiempo** que dedicaba al trabajo u otras actividades	1	2
b. **Ha logrado hacer menos** de lo que le hubiera gustado	1	2
c. Ha tenido limitaciones en cuanto al **tipo** de trabajo u otras actividades	1	2
d. Ha tenido **dificultades** en realizar el trabajo u otras actividades (por ejemplo, ha requerido de mayor esfuerzo)	1	2

5. Durante el último mes, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras activ diarias normales a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido o ansioso)?

	(marque un número SÍ	NO
a. Ha reducido el **tiempo** que dedicaba al trabajo u otras actividades	1	2
b. **Ha logrado hacer menos** de lo que le hubiera gustado	1	2
c. Ha hecho el trabajo u otras actividades **con el cuidado** de siempre	1	2

6. Durante el último mes, ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con la familia, amigos, vecinos o grupos?

(marque un

Nada.....
Un poco .....
Mas o menos .....
Mucho .....
Demasiado.....

7. ¿Cuánto dolor físico ha tenido usted durante el último mes?

(marque un

Ningún dolor .....
Muy poco .....
Poco.....
Moderado .....
Severo .....
Muy severo.....

Copyright© New England Medical Center Hospitals, Inc., 1995. (IQOLA SF-36 Spanish (Mexico) Version 1.1)

urante el último mes, ¿cuánto el dolor le ha dificultado su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de sa como los quehaceres domésticos)?

(marque un solo número)

Nada 1
Un poco 2
Mas o menos 3
Mucho 4
Demasiado 5

tas preguntas se refieren a cómo se ha sentido usted durante el último mes. Por cada pregunta, por favor dé respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido usted. ¿Cuánto tiempo durante el últimos s,...

(marque un número en cada línea)

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a sentido lleno de vida?	1	2	3	4	5	6
a sentido muy nervioso?	1	2	3	4	5	6
a sentido tan decaído de ánimo nada podía alentarlo?	1	2	3	4	5	6
a sentido tranquilo y sosegado?	1	2	3	4	5	6
nido mucha energía?	1	2	3	4	5	6
sentido desanimado y triste?	1	2	3	4	5	6
sentido agotado?	1	2	3	4	5	6
sentido feliz?	1	2	3	4	5	6
sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

ante el último mes, ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?

(marque un solo número)

Siempre 1
Casi siempre 2
Algunas veces 3
Casi nunca 4
Nunca 5

w England Medical Center Hospitals, Inc., 1995. IIQOLA SF-36 Spanish (Mexico) Version 1.1)

11. ¿Qué tan CIERTA o FALSA es cada una de las siguientes frases para usted?

(marque un número en cad

	Muy cierta	Cierta	No se	Falsa	Muy falsa
. Parece que yo me enfermo un poco más fácilmente que otra gente	1	2	3	4	5
. Tengo tan buena salud como cualquiera que conozco	1	2	3	4	5
. Creo que mi salud va a empeorar	1	2	3	4	5
. Mi salud es excelente	1	2	3	4	5