Documentos

CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO

Andrea Aguirre M.^a, Giovanna Benvenuto C.^a, Maria Teresa Urrutia S.^b

^aEnfermera Matrona. ^bEnfermera Matrona, Departamento de Salud de la Mujer, Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile.

RESUMEN

El síndrome de ovario poliquístico (SOP) afecta entre un 5-10% de las mujeres en edad reproductiva y constituye la endocrinopatía más frecuente de la población adolescente de nuestro país. Su diversa sintomatología puede provocar un impacto en la calidad de vida de las mujeres, lo que amenaza la identidad femenina en ellas. Esta revisión bibliográfica tiene como objetivo conocer de qué manera el SOP afecta la calidad de vida de las mujeres. La literatura señala que al comparar la calidad de vida entre mujeres sanas y con SOP, éstas últimas presentan un deterioro en diversos dominios estudiados con instrumentos generales. Al ser evaluada la calidad de vida de mujeres con SOP, por medio de un instrumento específico para dicha patología, los dominios más afectados fueron: el área de problemas menstruales, emociones y vello corporal. Investigaciones que evalúan el efecto de la sintomatología del SOP por separado en la calidad de vida de las mujeres señalan igualmente un impacto negativo. Se concluye en base a esta revisión que el SOP afecta la calidad de vida en sus diferentes dimensiones, por lo que se postula la importancia de evaluar este parámetro en las mujeres afectadas y la necesidad de que los profesionales de la salud lo consideren al momento de evaluar la intervención realizada.

PALABRAS CLAVES: *Síndrome de ovario poliquístico, calidad de vida*

SUMMARY

Polycystic ovary syndrome (PCOS) has a prevalence of 5-10% in women of reproductive age, and constitutes the most frequent endocrine disease among teenagers in our country. Its very diverse clinical manifestations can impact women's quality of life, which can also be responsible of jeopardizing their female identity. The objective of this study is to know how polycystic ovary syndrome affects quality of life among women. In comparison to normal women, literature suggests that the ones suffering from PQOS appear to have a degree of deterioration in different domains studied with general instruments. The quality of life of women having PQOS was evaluated, using a specific instrument for this pathology. The domains found to be most affected were: menstrual problems, emotional aspects and body hair. Other investigations which separately evaluate clinical manifestations of PQOS from quality of life equally suggest a negative impact. Based on this study, it is concluded that PCOS affects women's quality of life in a multidimensional way, therefore its importance of evaluating this parameter in affected women. It also outlines the need of health professionals to consider this at the time of evaluating a given intervention.

KEY WORDS: *Polycystic ovary syndrome, quality of life*

INTRODUCCIÓN

La Calidad de Vida Relacionada a Salud (CVRS) es un concepto multidimensional y dinámico, que permite evaluar el impacto de la enfermedad sobre la vida y el bienestar del individuo, no sólo en los aspectos fisiopatológicos sino también en los factores psicosociales (1). La evaluación de la calidad de vida de las mujeres jóvenes con patología crónica, como el Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP), se ha planteado de gran relevancia (2).

El síndrome de ovario poliquístico (SOP) es uno de los trastornos endocrinos más frecuentes, que afecta entre 5-10 % de las mujeres en edad reproductiva. (3, 4, 5). En Chile se ha establecido una prevalencia de 7% de SOP en adolescentes, constituyendo la patología endocrina más frecuente en ese grupo. (6) Existen numerosos estudios en el ámbito de la etiopatogenia, prevalencia y tratamiento del SOP, pero son escasos los que abordan la problemática de la calidad de vida de estas mujeres. Esta revisión pretende dar a conocer como el SOP afecta las diferentes dimensiones de la calidad de vida de las mujeres, con el propósito de contribuir al conocimiento del tema, e incentivar a los profesionales a valorar esta patología en una dimensión integral, para de esta manera lograr un mejor enfrentamiento de las mujeres y una intervención más exitosa.

ANÁLISIS DEL TEMA

La mayor prevalencia de enfermedades crónicas, así como el desarrollo de tecnologías médicas que disminuyeran el dolor sin una prolongación de la vida, hizo necesario la creación de instrumentos que valoraran aspectos subjetivos en los pacientes (7). Está descrito que muchas veces el impacto en estos ámbitos, puede ser tan importante como los síntomas propios de la enfermedad (8).

El estado de ánimo, los mecanismos de enfrentamiento y el apoyo social son aspectos que influyen al momento de evaluar la calidad de vida, por lo cual el estudio de la CVRS, se ha convertido en un área de gran interés en el contexto de la atención en salud (7).

No existe aún una definición única para CVRS, sin embargo se sabe que debe tener un carácter multidimensional y ser creada en función del usuario. La OMS define calidad de vida como la "percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones" (9).

Schipper y cols (10) sugieren evaluar la calidad de vida por medio de "los efectos funcionales de una enfermedad y su tratamiento, tal y como dichos efectos son percibidos por el paciente". Testa y Simonson (11) han utilizado el término para referirse a "como las experiencias personales, creencias, expectativas y percepciones que influyen en los dominios físico, social y psicológico de la salud". Una de las definiciones más completas encontradas es la propuesta por Shumaker y cols (12) quienes consideran la CVRS como una "evaluación subjetiva por parte de las personas, relativa a aspectos diferentes relacionados con su estado de salud y como éstos pueden estar influyendo sobre su habilidad para mantener un nivel de funcionamiento general, que les permite perseguir las metas que son valiosas en sus vidas, todo lo cual quedaría reflejado en su nivel de bienestar".

Al medir calidad de vida es necesario aplicar instrumentos que permitan evaluar diversas dimensiones (12) los que a su vez contengan adecuadas propiedades psicométricas (13).

En lo referente a SOP específicamente, se encontró sólo un instrumento publicado el año 1998 por Cronin y cols denominado Health-related Quality of Life Questionnaire y publicado bajo la sigla PCOSQ (14).

Las manifestaciones clínicas del SOP son múltiples, entre las que destacan irregularidades menstruales, acné, hirsutismo, acantosis nigricans, alopecia, obesidad e infertilidad (15, 16). Los motivos de consulta de las mujeres surgen de esta variedad de manifestaciones (17). Estudios a nivel nacional señalan como primera causa de consulta las alteraciones del ciclo menstrual (18, 19), y en grupos de adolescentes aparecen el hirsutismo y acné (20, 21).

La diversidad de manifestaciones clínicas producidas por el SOP, provocan una importante alteración de la imagen corporal de las mujeres. Holsen y Roysamb (22) señalaron la relación causal entre imagen corporal y ánimo depresivo. El impacto en la calidad de vida puede verse manifestado también por una baja autoestima y un mayor grado de estrés (23).

La gran cantidad de síntomas lleva también a las mujeres a consultar a distintos especialistas, tratando muchas veces la manifestación y no la causa de la enfermedad. El promedio de profesionales consultados según Muñoz y Villa (19) fue de 5 con un rango que va de 1 a 20 médicos. Kitzinger y Willmontt (24), señalan que las mujeres sienten un mayor grado de frustración debido

a la demora en lograr el diagnóstico acertado e incomprendidas por parte del equipo de salud al no tratar con seriedad su sintomatología.

A pesar del significativo impacto del SOP en la calidad de vida de las mujeres, existen escasas investigaciones que estudien dicha relación. Trent y cols (2) al evaluar como el SOP afecta la CVRS, encontraron que se alteran las dimensiones de percepción de salud general, funcionamiento familiar, funcionamiento físico y conducta de las mujeres afectadas. Estos autores señalan un posible efecto de la intervención médica en sus vidas, ya que posterior al tratamiento encontraron mejoría en las mediciones realizadas. Sin embargo, los resultados señalan que no existe relación entre severidad clínica de la enfermedad y calidad de vida, lo que estaría indicando que es la percepción que las adolescentes tienen de su enfermedad lo que impacta en forma negativa la CVRS (2).

Según lo señalado en la literatura, son diversas las áreas que pueden verse afectadas por el SOP, como la vida familiar que mostró prevalencias de 40% en las mujeres, los pasatiempos con 29,5%, la vida profesional con 27,5% y el estado de salud con 23,5% (14).

En nuestro país se encontró un estudio que midió la calidad de vida en mujeres con SOP, en una tesis realizada por Muñoz y Villa (19) quienes aplicaron el instrumento desarrollado por Cronin en el año 1998, previa traducción al idioma español, a un grupo de 80 mujeres afectadas por este síndrome. De esta muestra 62,5% reportó que el SOP disminuye en algún grado su calidad de vida, las dimensiones más afectadas corresponden a las alteraciones menstruales con una prevalencia de 98,7% al igual que la dimensión emociones, seguidas por la dimensión vello corporal en 90%, problemas de peso 86,2% e infertilidad con 73,5%.

En relación a la sexualidad, un área importante de la calidad de vida, las mujeres con SOP señalan tener menor satisfacción sexual, sentirse menos atractivas sexualmente y manifiestan que sus parejas se encuentran menos satisfechas sexualmente con ellas (16). En esta misma investigación se señala que la menor satisfacción sexual está relacionada con el hirsutismo.

En relación al hirsutismo, manifestación que según las mujeres con SOP es uno de los aspectos que más disturbios provoca (14), Keegan y cols (25) estudiaron como afecta la salud mental de las mujeres. Estos autores señalan que 51% de las mujeres evitan ciertas actividades como

natación, buceo, reuniones sociales y contacto sexual debido al excesivo vello corporal. Un 41,2% a menudo siente preocupación por el aspecto de hirsuta y un 41% refiere recibir comentarios sarcásticos acerca de su condición, lo cual las hace sentir poco femeninas; a pesar de esto no se encontró una asociación significativa entre el grado de ansiedad e hirsutismo percibido.

La fertilidad es otro de los dominios importantes que se afecta al medir CVRS de las mujeres con SOP. En el estudio de Trent y cols (15) se señala que las adolescentes con SOP poseen 3,4 veces más preocupación por la posibilidad de embarazarse en el futuro que las sanas, lo que se asocia con una reducción en la calidad de vida en diez de los doce dominios que evalúan en dicho estudio. En torno al mismo tema Schmid y cols (26) al aplicar el instrumento desarrollado por Cronin a mujeres musulmanas y austriacas, encontraron que la calidad de vida se ve más afectada en las islámicas, a pesar de no haber diferencia en la sintomatología. Este resultado podría estar explicado por la presión social que existe en el área reproductiva propia de esta cultura.

Al analizar la relación entre depresión y características clínicas del SOP, se señala una prevalencia de 50% en estas mujeres (27). La depresión a su vez se vio relacionada directamente con el grado de insulinoresistencia y el IMC. En este mismo estudio se señala que las mujeres en tratamiento con anticonceptivos orales, para disminuir la sintomatología, presentaron tasas de depresión menores que las sin dicho tratamiento (29% y 66% respectivamente). Dichos síntomas depresivos sin duda tienen un efecto negativo tanto en la dimensión emocional como en la psicosocial de la calidad de vida de dichas mujeres.

El acné es otra de las manifestaciones frecuentes en las mujeres con SOP. Investigadores señalan que la presencia de acné se asocia a depresión, fobia social, ansiedad y baja autoestima, factores que afectan en forma negativa la calidad de vida (28). Muñoz y Villa (19) señalan que existe una diferencia significativa en la calidad de vida entre las mujeres con y sin esta manifestación.

Cabe destacar que la obesidad a pesar de ser la cuarta dimensión más afectada, en el estudio antes mencionado (19) es la que posee un mayor porcentaje de deterioro severo de la calidad de vida. La obesidad se relaciona con un deterioro en el bienestar, y la disminución del peso influye positivamente en la dimensión psicológica de la CVRS (29). En un estudio realizado en adolescen-

tes obesas se encontró que éstas presentan menores niveles de CVRS en todos los dominios que las adolescentes sanas, reflejado en una disminución en la capacidad de establecer relaciones sociales, y desarrollar actividades deportivas. Además se encontró una relación inversa entre IMC y CVRS (30).

CONCLUSIONES

Existen escasos estudios que evalúen calidad de vida en mujeres con SOP, sin embargo, los estudios encontrados más bien evalúan la sintomatología del SOP y el efecto en la calidad de vida por separado. Cabe señalar que el mayor porcentaje de estudios encontrados corresponden a investigaciones realizadas en poblaciones norteamericanas (2), europeas (16, 26) y musulmanas (26) que si bien nos pueden entregar una visión de la forma en que la calidad de vida se altera, al ser poblaciones distintas, el modo en que enfrentan la enfermedad y sus repercusiones por lo tanto son diferentes, dado que el concepto de calidad de vida no es independiente de las normas culturales, patrones de vida ni expectativas de cada idiosincrasia. Esto queda reflejado en el estudio que compara calidad de vida en mujeres infértiles con SOP de distintas etnia, donde a pesar de no existir diferencias en las manifestaciones encontradas, el impacto en la calidad de vida era distinto. Lo anterior nos hace reflexionar sobre la importancia de estudiar la calidad de vida de nuestra población con SOP y así enfocar nuestra intervención de acuerdo a los hallazgos y características propias de nuestra cultura. Para esto, primero que todo es necesario validar un instrumento en nuestro país que permita evaluar calidad de vida en las mujeres chilenas con SOP, antes y después del tratamiento e intervenir posteriormente de acuerdo a las necesidades de nuestra población.

Como queda demostrado en el estudio de Trent y cols (2) la percepción de severidad de las mujeres en relación a su patología está asociada directamente con la calidad de vida de éstas, y no con la severidad clínica. Cada mujer se ve afectada y enfrenta de manera diferente su enfermedad, por lo tanto es importante considerar la valoración individual, que permita entregar cuidados enfocados en las necesidades de cada mujer y así otorgar una atención integral de calidad. Se debe tener presente los aspectos más relevantes que preocupan a estas mujeres, comprendiendo que ésta patología produce altos niveles de estrés (28) que pueden ser aminorados con una intervención ade-

cuada. Para esto es necesario desarrollar habilidades para establecer una relación de ayuda que permita dar respuesta a la problemática de cada mujer.

En relación al efecto negativo que provoca la policonsulta en estas mujeres (19), la educación es crucial para proveer herramientas necesarias que las hagan capaces de consultar oportunamente y por lo tanto recibir un diagnóstico y tratamiento precoz. De esta manera se estarán evitando la aparición de sentimientos negativos en torno a la enfermedad y a los profesionales de la salud (24).

Se ha visto que a medida que una enfermedad crónica progresa, ocurren ajustes internos que preservan la satisfacción que la persona siente con la vida (7). Sin embargo ésta es una interrogante que no ha sido resuelta en lo referente al SOP, y que debiera ser considerada al momento de atender a las mujeres con esta patología.

La medición de la calidad de vida debiera ser un parámetro incluido en la práctica clínica, ya que permite valorar las intervenciones terapéuticas así como también los posibles efectos adversos a corto y largo plazo. Es necesario incluir parámetros subjetivos al momento de evaluar la intervención realizada, ya que de esta manera se está realmente considerando la perspectiva de las usuarias en una dimensión integral.

BIBLIOGRAFÍA

1. Colwell H., Mathias SD, Pasta DJ, Henning JM, Steege JF. A health- related quality of life instrument for symptomatic patients with endometriosis: a validation study. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 179(1): 47-55.
2. Trent M, Rich M, Austin B, Gordon C. Quality of Life in Adolescent Girls with Polycystic Ovary Syndrome. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002; 156(6): 556-60.
3. Silfen M, Denburg M, Manibo A, Lobo R. Early endocrine, metabolic, and sonographic characteristics of polycystic ovary syndrome (PCOS): Comparison between nonobese and obese adolescents. *J Clin Endocrinol Metab* 2003; 88(10): 4682-88.
4. Marx T, Mehta A. Polycystic Ovary Syndrome: Pathogenesis and treatment over the short and long term. *Cleve Clin J Med* 2003; 70(1) : 31- 45.
5. Carmina E, Lobo R. Polycystic Ovary Syndrome (PCOS): Arguably the most common endocrinopathy is associated with significant morbidity in women. *J Clin Endocrinol Metab* 1999; 84(6) : 1897-99.
6. Rojas P, Abreu M. Prevalencia de patología endocrinológica. Estudio retrospectivo en un centro de atención de adolescentes en Santiago. *Revista SOGIA* 2000; 7 (1): [versión electrónica].

7. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Cienc Enferm* 2003; 9(2): 9-21.
8. Calvert M, Freemantle N. Use of health-related quality of life in prescribing research. Part 1: why evaluate health-related quality of life? *J Clin Pharm Ther* 2003; 28(6): 513-21.
9. WHO. The World Organization quality of life instruments (sf). Recuperado el 12 de diciembre de 2004: www.who.int/evidence/assessment-instruments/qol/q11.htm
10. Shipper H, Clinch J, Powell. Definitions and conceptual issues in spiker. Quality of life in assessments in clinical trials New York 1990: 11-24.
11. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality of life outcomes. *N Engl J Med* 1996; 334(13): 833-40.
12. Schumaker S, Elis S, Naughton M. Assessing health-related quality of life in HIV disease: key measurements issues. *Qual Life Res* 1997; 6(6): 475-80.
13. Coffey S, Mason H. The effect of polycystic ovary syndrome on health-related quality of life. *Gynecol Endocrinol* 2003; 17(5): 379-86.
14. Cronin L, Guyatt G, Griffith L. Development of Health-related quality of life questionnaire (PCOSQ) for women with Polycystic Ovary Syndrome (PCOS). *J Clin Endocrinol Metab* 1998; 83(6): 5801-07.
15. Trent M, Rich M, Austin B, Gordon C. Fertility concerns and sexual behaviors in adolescents girls with polycystic ovary syndrome: implications for quality of life. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2003; 16(1): 33-37.
16. Elsenbruch S, Hahn S, Kowalsky D, Öffner A, Schedlowski M, Mann K, Janssen O. Quality of life, psychosocial well-being, and sexual satisfaction in women with polycystic ovary syndrome. *J Clin Endocrinol Metab* 2003; 88(12): 5801-07.
17. Richardson M. Current perspectives in polycystic ovary syndrome. *Am Fam Physician* 2003; 68 (4): 697-704.
18. Pérez J, Méndez M, Fuhrer J, Marquez J, Cumsille MA, Furher J. Síndrome de ovario poliquístico. Presentación clínica, bioquímica y ultrasonográfica. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2003; 68(6): 471-76.
19. Muñoz L, Villa L. Características de la sintomatología y calidad de vida en mujeres con síndrome de ovario poliquístico 2004. Tesis de grado, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
20. Vergara F. Síndrome de Ovario Poliquístico "Enfoque Ginecológico".. *Revista de Medicina Interna* 2002; 6(3): [versión electrónica].
21. Driscoll D. Polycystic ovary syndrome in adolescence. *Ann N Y Acad Sci* 2003; 997: 49-55.
22. Holsen I, Roysamb E. The relationship between body image and depressed mood in adolescence: A 5-year longitudinal panel study. *J Health Psychol* 2001; 6(6): 613-27.
23. Dramusic V, Goh VH, Rajan U, Wong YC, Ratnam SS. Clinical, endocrinologic, and ultrasonographic features of polycystic ovary syndrome in Singaporean adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 1997; 10(3): 125-32.
24. Kitzinger C, Willmontt J. The thief of womanhood: women's experience of polycystic ovarian syndrome. *Soc Sci Med* 2002; 54(3): 349-61.
25. Keegan A, Liao LM, Boyle M. Hirsutism: A psychological analysis. *J Health Psychol* 2003; 8(3): 327-45.
26. Schmid J, Kirchengast S, Vytiska-Binstorfer E, Huber J. Infertility caused by PCOS-health-related quality of life among Austrian and Moslem immigrant women in Austria. *Hum Reprod* 2004; 19(10): 2251-57.
27. Rasgon N, Rao R, Hwang S, Altshuler L, Elman S, Zuckerbrow-Miller J, *et al.* Depression in women with polycystic ovary syndrome: clinical and biochemical correlates. *J Affect Disord* 2003; 74(3): 299-304.
28. Hanna S, Klotz J. Acne Vulgaris: More than skip deep. *Dermatology Online Journal* 2003; 9(3): 3- 8.
29. Fine J, Colditz G, Coakley H, Moseley G, Manson J, Willet W, Kawachi I. A prospective study of weight change and health – related quality of life in women. *JAMA* 1999; 282(22): 36-42.
30. Schwimmer J, Burwinkle T, Varni J. Health-Related Quality of Life of Severely Obese Children an Adolescent. *JAMA* 2003; 289(14): 1813-19.