

Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con menorragia

Health related quality of life in patients with menorragia

AL DIRECTOR

La menorragia es el tipo más común de sangrado uterino anormal, que afecta aproximadamente del 9 % al 14 % de las mujeres¹. Puede ser resultado de diferentes enfermedades como la endometriosis y el cáncer; sin embargo, en aproximadamente el 50 % de los casos no se identifica su verdadera causa². Dado que su ocurrencia es frecuente en dos momentos biológicos importantes de la mujer (en la adolescencia-seguida de la menarquía- y en el tránsito de la edad reproductiva a la menopausia)³, es importante lograr la identificación temprana de sus síntomas para un diagnóstico y tratamiento oportunos. Esto puede prevenir eventos adversos de hemorragia y reducir la probabilidad de una futura intervención quirúrgica. El déficit de factores de la coagulación, las alteraciones en las plaquetas y la enfermedad von Willebrand entre otros, son padecimientos frecuentes en las mujeres con menorragia⁴, los cuales influyen en su calidad de vida física, social, emocional y material⁵. La menorragia está asociada a bajos niveles de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS); sin embargo, los estudios en este tema son escasos⁶.

El departamento de Psicología en coordinación con el de Hemostasia del Instituto de Hematología e Inmunología (IHI) estudió 48 mujeres diagnosticadas con menorragia con edades comprendidas entre los 12 y 45 años. El 35,4 % tenía un nivel escolar de secundaria, el 54,2 % preuniversitario y el 10,4 % universitario. Se aplicó el cuestionario genérico SF-36 que es el instrumento de su tipo de mayor uso internacional para estudiar la CVRS en adultos⁷. Este busca medir la percepción del sujeto sobre la calidad de su vida como resultado de su salud y no está referido a ninguna enfermedad en particular. Consta de 36 ítems que detectan tanto estados positivos como negativos de salud y que evalúan 8 dimensiones: *función física (FF)*, *función social (FS)*, *rol físico (RF)*, *rol emocional (RE)*, *salud mental (SM)*, *vitalidad (V)*, *dolor corporal (DC)* y *salud general (SG)*. Las opciones de respuesta forman ítems de intervalo de tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia⁸. Los resultados se compararon con los obtenidos por un grupo de 113 mujeres sanas (trabajadoras del propio IHI y estudiantes y trabajadoras de la Universidad de La Habana). Se controló que estas: a) perteneciesen a grupos de edades similares a la muestra de pacientes; b) no padeciesen de enfermedades crónicas y c) no hubiesen solicitado servicios médicos de relevancia en el último año. Para el análisis de los datos se consideró un nivel de significación de $p < 0.05$.

En el grupo de pacientes el cuestionario se comportó con adecuada confiabilidad según el resultado del índice de consistencia interna de Cronbach obtenido para cada escala (FF $\alpha=0,93$, RF $\alpha=0,91$, DC $\alpha=0,66$, SG $\alpha=0,84$, V $\alpha=0,84$, FS $\alpha=0,69$, RE $\alpha=0,53$, SM $\alpha=0,85$), Las medias alcanzadas por la muestra de estudio fueron: 85,6 (FF), 80,8 (RF), 70,2 (DC); 61,0 (SG); 68,8 (V); 84,3 (FS); 88,1 (RE) y 74,8 (SM). Los resultados de las dimensiones DC, FF, RF y SG fueron significativamente inferiores respecto a las mujeres sanas. Se ha reportado que el dolor es el aspecto clínico más frecuente e importante en este trastorno, y que puede contribuir considerablemente al empobrecimiento de la CVRS de las mujeres con menorragia⁶.

Las escalas FF y RF evalúan respectivamente, dificultades para la realización de las actividades físicas más simples y los problemas que se presentan en el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física de la persona⁷. La baja puntuación obtenida por las pacientes de este estudio en estas escalas pudiera ser consecuencia de las limitaciones que en este sentido implica la menorragia para ellas. Matteson y Clark⁹ observaron, utilizando técnicas de dinámicas grupales en este tipo de pacientes, diferentes vivencias experimentadas durante el período menstrual, que pudieran ser causas del deterioro en estas dimensiones de la CVRS. Estas fueron: ausencia al trabajo o a clases debido a la menorragia, incidentes sociales embarazosos, irregularidad en la aparición de los eventos hemorrágicos, limitaciones para la realización de las actividades diarias entre otras. Se ha reportado que estos aspectos tienen una incidencia sistemática en la calidad de vida de estas mujeres⁶, y pueden acompañarse de estados de ansiedad generalizada, irritación y displacer⁹.

La baja puntuación obtenida por las pacientes en la escala SG pone en evidencia la valoración de una salud deteriorada y de un empeoramiento de la misma como perspectiva futura. Sin embargo, al comparar sus resultados con los reportados por Martínez R, *et al*⁸ en un grupo de mujeres con drepanocitosis de tipo SS, las pacientes con menorragia tuvieron una media significativamente superior en esta escala. Lo anterior se explica esencialmente por las diferencias entre las características clínicas de cada enfermedad; lo que se considera una muestra de validez discriminante del cuestionario utilizado.

En el presente estudio se concluye que: a) las pacientes con menorragia presentan una disminución de la CVRS y b) el SF-36 es un instrumento útil para la medida de la CVRS en esta enfermedad, aunque se considera necesaria la elaboración de un cuestionario específico contextualizado en nuestro medio que permita evaluar el progreso e la enfermedad. Para su construcción se sugiere tener en cuenta las variables: duración y regularidad del período menstrual, frecuencia de los eventos hemorrágicos; efectos sobre el desempeño laboral, actividad diaria, sexualidad y repercusión emocional del trastorno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cakı Kilic S, Sarper N, Zengin E & Aylan S. Screening Bleeding Disorders in Adolescents and Young Women with Menorrhagia. Turk J Haematol. 2013; 30(2): 168-176.
2. Rees M. Menorrhagia. BMJ. 1987; 294:759-62.
3. Lisabeth L, Harlow S & Qaqish B. A new statistical approach demonstrated menstrual patterns during the menopausal transition did not vary by age at menopause. J Clin Epidemiology. 2004; 57:484-496.

4. Byams V, Anderson B, Grant A, Atrash H & Schulkin J. Evaluation of bleeding disorders in women with menorrhagia: a survey of obstetrician-gynecologists. Am J Obstet Gynecol. 2012; 207(4): 269-269.
5. Ling X, Byung S L, Shaheena A, Peter K and Pirjo I. Satisfaction and health-related quality of life in women with heavy menstrual bleeding; results from a non-interventional trial of the levonorgestrel-releasing intrauterine system or conventional medical therapy. Int J Womens Health. 2014;6:547-554.
6. Rae C, Furlong W, Horsman J, Pullenayegum E, Demers C, St-Louis J, et al. Bleeding disorders, menorrhagia and iron deficiency: impacts on health-related quality of life. Haemophilia. 2013;19(3):385-391.
7. Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, De la Fuente L. Valores poblacionales de referencia de la versión española del cuestionario de salud SF-36. Medicina Clínica. 1998;111(11):410-6.
8. Martínez R, García A, Guerra E, Machado T, Reytor K. Efecto de la drepanocitosis en la calidad de vida. Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia. Disponible en: <http://www.revhematologia.sld.cu/index.php/hih/article/view/261>
9. Matteson KA & Clark MA. Questioning our Questions: Do frequently asked questions adequately cover the aspects of women's lives most affected by abnormal uterine bleeding? Opinions of women with abnormal uterine bleeding participating in focus group discussions. Women Health.2010; 50(2): 195-211.

Lic. Ailyn García Hernández, Lic. Raúl Martínez Triana, Tec. Teresita Machado Almeida, Dra. Dunia Castillo González.

Instituto de Hematología e Inmunología. La Habana, Cuba.

Recibido: noviembre 03, 2015.

Aceptado: enero 25, 2016.

Lic. Ailyn García Hernández. Instituto de Hematología e Inmunología. Apartado 8070, La Habana, CP 10800, CUBA. Tel (537) 643 8695, 8268.
Email: rchematologia@infomed.sld.cu