

Calidad de vida y función sexual en mujeres con cirrosis hepática en Colombia

Quality of Life and Sexual Function in Women with Liver Cirrhosis in Colombia

Ismael Yepes-Barreto,^{1*}  Luis Arboleda-Rivero,²  María Lwigg García-Doria,³ 

ACCESO ABIERTO

Citación:

Yepes-Barreto I, Arboleda-Rivero L, Lwigg García-Doria ML. Calidad de vida y función sexual en mujeres con cirrosis hepática en Colombia. *Revista Colomb. Gastroenterol.* 2023;38(4):439-447. <https://doi.org/10.22516/25007440.1063>

¹ Doctorado, PhD. Profesor auxiliar, Universidad de Cartagena. Soluciones Integrales en Gastroenterología y Hepatopatología SAS. Cartagena, Colombia.

² Especialista en medicina interna, Clínica Universitaria Medicina Integral. Internista y docente, Universidad del Sinú. Montería, Córdoba, Colombia.

³ Médico general, Clínica Zayma. Montería, Córdoba, Colombia.

*Correspondencia: Ismael Yepes-Barreto.
ismayep@yahoo.com

Fecha recibido: 28/03/2023
Fecha aceptado: 28/07/2023



Resumen

Introducción: el sexo femenino se ha identificado de forma sistemática como uno de los predictores de mala calidad de vida en pacientes con cirrosis. Sin embargo, la relación de la calidad de vida con la función sexual en mujeres con cirrosis no ha sido ampliamente estudiada. **Objetivo:** determinar la relación entre la calidad de vida y la función sexual de mujeres con cirrosis. **Métodos:** estudio observacional de tipo transversal. Se incluyó a pacientes femeninas de 18 a 69 años. Se utilizó la encuesta SF-36-V2 para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud y la IFSF-6 para valorar la función sexual. Para identificar la relación entre calidad de vida y función sexual se utilizó una relación lineal uni- y multivariante. La significación estadística se fijó con un valor $p < 0,05$. **Resultados:** 36 pacientes estuvieron disponibles para el análisis. La media de edad fue de 61 años. En la encuesta SF36-V2, la media del resumen del componente físico fue de 58 y la media del resumen del componente mental fue de 56. El IFSF-6 tuvo una media de 10. La disfunción sexual se presentó en un 80% de las pacientes. El puntaje IFSF-6 se relacionó de forma positiva con la calidad de vida relacionada con la salud. Los factores relacionados con deterioro de la función sexual son la edad y la menopausia. La escala Child-Pugh y el índice de masa corporal se identificaron como los principales determinantes de la calidad de vida relacionada con la salud. **Conclusiones:** La función sexual podría ser un determinante de calidad de vida de las mujeres con cirrosis.

Palabras clave

Calidad de vida, cirrosis, salud sexual, mujeres, disfunciones sexuales psicológicas.

Abstract

Introduction: The female sex has been systematically identified as one of the predictors of poor quality of life in patients with cirrhosis. However, the relationship between quality of life and sexual function in women with cirrhosis has not been widely studied. **Aim:** To determine the relationship between quality of life and sexual function in women with cirrhosis. **Materials and methods:** A cross-sectional observational study. Female patients aged 18 to 69 years were included. The SF-36-V2 survey assessed health-related quality of life, and the IFSF-6 evaluated sexual function. Univariate and multivariate linear regression was used to identify the relationship between quality of life and sexual function. Statistical significance was set at a p -value < 0.05 . **Results:** 36 patients were available for analysis. The average age was 61 years. In the SF36-V2 survey, the physical component summary mean was 58, and the mental component summary mean was 56. The IFSF-6 had an average of 10. Sexual dysfunction occurred in 80% of patients. The IFSF-6 score was positively related to health-related quality of life. Factors associated with the deterioration of sexual function were age and menopause. The Child-Pugh score and body mass index were the main determinants of health-related quality of life. **Conclusions:** Sexual function could be a determinant of quality of life in women with cirrhosis.

Keywords

Quality of life, cirrhosis, sexual health, women, psychological sexual dysfunctions.

INTRODUCCIÓN

La definición de *calidad de vida* más aceptada en la comunidad académica y científica es aquella establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), definida como la sensación de bienestar de un individuo⁽¹⁾. La salud física y mental tiene un marcado efecto en la calidad de vida, por lo que se ha establecido el concepto de *calidad de vida relacionada con el estado de salud* (CVRS)⁽²⁾. Esta se ha estimado en pacientes con cirrosis y otras enfermedades crónicas utilizando escalas genéricas y específicas⁽³⁻⁹⁾, en las que se ha observado una buena reproducibilidad y consistencia.

La disfunción sexual es frecuente en hombres y mujeres con cirrosis, la causa más probable es la supresión del eje hipotálamo-hipófisis-gónada⁽¹⁰⁾. La caracterización de la función sexual de los pacientes con enfermedades crónicas a través de herramientas adecuadas permite estimar el impacto global de la enfermedad sobre estos sujetos⁽¹¹⁻¹⁷⁾.

El sexo femenino se ha identificado como predictor de peor calidad de vida en pacientes con hepatopatía crónica en diferentes estudios^(18,19). Los determinantes de esta diferencia entre los sexos no se han evaluado de forma detallada. La relación entre la función sexual y la calidad de vida se ha descrito en otras enfermedades crónicas^(16,17), por lo cual sería plausible especular que la primera pudiera explicar parte de las diferencias en la CVRS observada entre hombres y mujeres con cirrosis hepática.

El objetivo de este estudio es determinar la relación entre la calidad de vida y la función sexual en mujeres con cirrosis hepática, atendidas en un centro de hepatología en la ciudad de Cartagena.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional analítico de corte transversal. Los criterios de inclusión fueron pertenecer al sexo femenino, diagnóstico inequívoco de cirrosis por criterios clínicos, imagenológicos, analíticos o elastográficos, y tener entre 18 y 69 años de edad. La encuesta SF-36 V2 y la IFSF-6 se aplicaron durante la misma entrevista a través de un entrevistador entrenado. Se recopiló información complementaria de la historia clínica. Los valores de las pruebas de laboratorio solo se tomaron en cuenta si tenían menos de 3 meses de haber sido realizados.

Criterios de exclusión

Limitación para contestar los instrumentos verificada por los investigadores durante la evaluación clínica. Pacientes con diagnóstico previo de enfermedades que limiten la capacidad física o mental, como invalidez, secuelas de

enfermedad neurológica o deterioro cognitivo moderado a grave a criterio de los investigadores.

Instrumentos

El SF-36 V2 es un cuestionario de 36 ítems que evalúa 8 áreas de la CVRS y genera 2 indicadores que resumen los componentes físico y mental de la escala, estos son: funcionamiento físico (FF), papel físico (PF), dolor corporal (DC), salud general (SG), vitalidad (VT), funcionamiento social (FS), papel emocional (PE), salud mental (SM) resumen del componente físico (RCF), resumen del componente mental (RCM); con puntajes por dimensión que van de 0 a 100, entre mayor puntaje mejor será la calidad de vida⁽²⁰⁾. Qualitometric Inc. otorgó el permiso para el uso de la encuesta SF-36 V2 en español y se encuentra avalada por el International Quality of Life Assessment Project Approach (IQOLA) para su aplicación en Colombia⁽²¹⁾.

El índice de función sexual femenina de 6 ítems (IFSF-6) es una herramienta desarrollada para valorar la función sexual femenina, tiene seis dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Su puntaje global va de 2 a 30; los puntajes más bajos indican peor función sexual. Un puntaje ≤ 19 reporta una sensibilidad de 93% y especificidad de 94% para disfunción sexual⁽²²⁾.

Análisis estadístico

La descripción de variables cuantitativas y categóricas se realizó a través de media (DE) y porcentajes según corresponda para variables numéricas y categóricas. Para estimar la relación entre la calidad de vida y la función sexual se utilizó un análisis de regresión lineal simple en el cual la puntuación del RCF de la escala SF36-V2 fue la variable dependiente y la puntuación global de la escala IFSF-6 fue la variable independiente, posteriormente se realizó el mismo análisis usando el puntaje del RCM como variable dependiente. Se identificaron los factores asociados a la función sexual femenina utilizando un análisis de regresión lineal en el cual la variable dependiente fue la puntuación de la escala IFSF-6 y las independientes fueron las variables sociodemográficas y clínicas. Para identificar factores relacionados con la calidad de vida se realizó un análisis de regresión lineal simple en el que la puntuación del RCF y RCM de la escala SF36-V2 fueron las variables dependientes y las variables sociodemográficas y clínicas (etiología, escala de Child-Pugh, historia de descompensaciones, tipo de descompensación, presencia de várices esofágicas, comorbilidades, edad de menopausia, valor de albúmina, bilirrubina total, aminotransferasas, plaquetas, índice internacional normalizado [INR], creatinina) las independientes. Aquellas variables que tuvieron una asociación

estadísticamente significativa en la regresión lineal simple se incluyeron en un análisis multivariante. El valor p menor de 0,05 es el criterio de significancia estadística en todos los casos. El *software* utilizado fue el SPSS versión 15.

Cálculo del tamaño muestral

Asumiendo una relación entre calidad de vida estimada por la escala SF36 y función sexual por la escala IFSF-6 del 10%, una potencia del estudio del 80% y un error alfa del 5%, se requiere una muestra de 32 sujetos para el análisis.

RESULTADOS

36 pacientes estuvieron disponibles para el análisis. La **Figura 1** muestra el flujo de inclusión de las pacientes al estudio. La media de edad fue de 61 años (intervalo de confianza [IC] del 95%: 58-64; desviación estándar [DE]: 7,7). El valor medio del RCF fue de 58 (IC 95%: 49-66; DE: 23) y la media del RCM fue de 56 (IC 95%: 49-63; DE: 18). La media de puntaje IFSF-6 fue de 10 (IC 95%: 6,8-13; DE: 8,5). El 80,5% de las pacientes tuvieron disfunción sexual utilizando un punto de corte en la IFSF-6 ≤ 19 . El 83,3% de las mujeres fueron posmenopáusicas. La media de edad al momento de la menopausia fue de 44 años (IC 95%: 39-48; DE: 12,35). El 69,4% de la muestra se encontraba clasificada en la categoría A de la escala Child-Pugh, mientras que el 30,6% se encontraba en la categoría B.

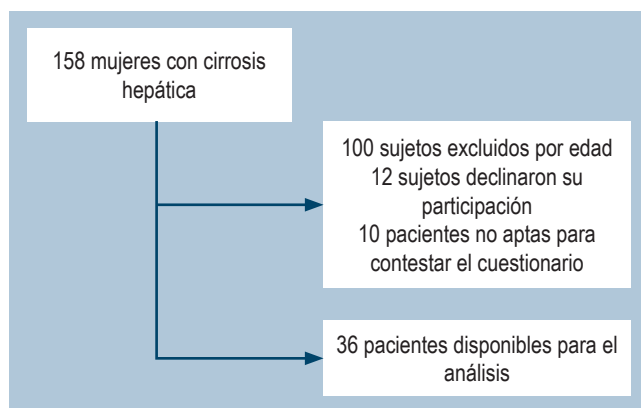


Figura 1. Diagrama de flujo selección de pacientes. Figura elaborada por los autores.

La causa más frecuente de cirrosis hepática en este grupo de mujeres fue la esteatohepatitis no alcohólica (41,7%), seguida por otras como etiología autoinmune (19,4%), etiología viral (16,7%) y otras causas (colangitis esclerosante primaria, hepatopatía alcohólica, criptogénica, entre otras), que representaron el 22,2%. La presencia de várices esofágicas se observó en el 61,1% (pequeñas: 19,4%, media-

nas: 16,7% y grandes: 25%) y el antecedente de sangrado varicoso en el 27,8%. La historia de descompensación tuvo una frecuencia de 44,4%, y se encontró antecedente de ascitis en el 19,4% del total de la muestra. La obesidad estuvo presente en el 19% de las mujeres incluidas en el estudio, la media de índice de masa corporal (IMC) fue de 27,54 kg/m² (IC: 25,8-29,2; DE: 4,72). La descripción más detallada de las de las características basales de las pacientes se puede encontrar en la **Tabla 1**.

Factores asociados a la función sexual en mujeres cirróticas

Al estimar la relación entre la calidad de vida y la función sexual por un análisis de regresión lineal se observó que el puntaje del IFSF-6 se relaciona de forma positiva con el RCF (coeficiente B: 0,365; $p = 0,029$), de manera que a medida que aumentan los valores del IFSF-6 también lo harán los del RCF. Esta relación no se observó con el RCM (coeficiente B: 0,219; $p = 0,199$) (**Tabla 2**).

El análisis de regresión lineal de los factores asociados a la función sexual señaló a la edad (coeficiente B: -0,525; $p = 0,001$) y a la menopausia (coeficiente B: -0,387; IC: 0,020) como predictores de deterioro de la función sexual de esta población; sin embargo, esta relación no se observó en algunas variables que hubieran podido ser relevantes, como la escala Child-Pugh (coeficiente B: -0,291; $p = 0,085$), la historia de descompensaciones (coeficiente B: -0,276; $p = 0,103$), el IMC (coeficiente B: -0,203; $p = 0,235$), la obesidad (coeficiente B: -0,148; $p = 0,389$) o la diabetes (coeficiente B: -0,091; $p = 0,596$) (**Tabla 3**).

Factores que afectan la calidad de vida relacionada con el estado de salud

En el análisis de regresión lineal simple se identificó que los factores asociados a CVRS tomando como variable dependiente el RCF fueron el IMC (coeficiente B: -0,388; $p = 0,019$), la creatinina (coeficiente B: -0,376; $p = 0,026$), la escala Child-Pugh (coeficiente B: -0,733; $p = 0,000$) y otras variables asociadas a dicha escala, como las descompensaciones (coeficiente B: -2,7; $p = 0,009$), la presencia de ascitis (coeficiente B: -0,412; $p = 0,012$) y la albúmina (coeficiente B: 0,437; $p = 0,008$); la función sexual a través de la escala IFSF-6 mostró asociación con la CVRS (coeficiente B: -0,365; $p = 0,029$). En el análisis multivariante solo se identificó al IMC (coeficiente B: -0,291; $p = 0,008$) y la escala Child-Pugh como factores asociados a CVRS. Otras variables como la diabetes (coeficiente B: -0,0004; $p = 0,98$), la presencia de várices esofágicas (coeficiente B: 0,053; $p = 0,75$), la historia de sangrado varicoso (coeficiente B: -0,13; $p = 0,45$) y la menopausia (coeficiente B:

Tabla 1. Características demográficas y clínicas

Variable		n = 36	
Estrato	n (%)	Tratamiento	n (%)
- I	1 (2,8)	- Otros	9 (25)
- II	6 (16,7)	- BB	21 (58,3)
- III	22 (61,1)	- ARM	0 (0)
- IV	3 (8,3)	- Diuréticos del asa	0 (0)
- V	4 (11,1)	- BB, ARM y diurético	3 (8,3)
- VI	0 (0)	- ARM y diurético del asa	3 (8,3)
Estado civil	n (%)	Obesidad	n (%)
- Soltera	1 (2,8)	- Sí	7 (19,4)
- Casada	18 (52,8)	- No	29 (80,6)
- Unión libre	7 (19,4)	Dislipidemia	n (%)
- Divorciada	0 (0)	- Sí	11 (30,6)
- Separada	7 (19,4)	- No	25 (69,4)
- Viuda	3 (8,3)	HTA	n (%)
Etiología	n (%)	- Sí	12 (33,3)
- Otros	8 (22,2)	- No	24 (66,7)
- ENHA	15 (41,7)	Carcinoma hepatocelular	n (%)
- Viral	6 (16,7)	- No	35 (97,2)
- Autoinmune	7 (19,4)	- Sí	1 (2,8)
- Alcohólica	0 (0)	Escala Child-Pugh	n (%)
- Viral	6 (16,7)	- A	25 (69,4)
	media (DE)	- B	11 (30,6)
Edad	61,3 (7,7)	- C	0 (0)
Peso	70,0 (14,0)	Várices esofágicas	n (%)
Talla	1,57 (0,04)	- No	14 (38,9)
IMC	27,5 (4,7)	- Pequeñas	7 (19,4)
Edad de menopausia	44,0 (12,35)	- Medianas	6 (16,7)
Menopausia	n (%)	- Grandes	9 (25,0)
- Sí	30 (83,3)	Descompensación	n (%)
- No	6 (16,7)	- Sí	16 (44,4)
Sangrado varicoso	n (%)	- No	20 (55,6)
- Sí	10 (27,8)	SF-36 V2	Media (DE)
- No	26 (72,2)	- FF	63,2 (27,0)
Ascitis	n (%)	- RF	60,5 (32,9)
- Sí	7 (19,4%)	- DC	63,2 (26,5)
- No	29 (80,6%)	- SG	45,1 (24,8)
		- VT	51,6 (21,7)

Tabla 1. Características demográficas y clínicas (continuación)

Variable	n = 36		
Laboratorios	Media (DE)		
- Bilirrubina total	1,38 (1,36)	- FS	60,3 (24,03)
- AST	47,8 (22,8)	- RE	56,1 (25,08)
- ALT	40,0 (20,8)	- SM	57,4 (19,7)
- Albúmina	3,57 (0,54)	- RCF	58,03 (23,6)
- Plaquetas	153 838 (53 513)	- RCM	56,3 (18,6)
- INR	1,15 (0,16)	IFSF-6	Media (DE)
- Creatinina	0,91 (0,37)	- Deseo	2,25 (1,03)
		- Excitación	1,64 (1,62)
		- Lubricación	1,45 (1,56)
		- Orgasmo	1,38 (1,52)
		- Satisfacción	1,41 (1,54)
		- Dolor	1,83 (1,82)
		- Puntaje total	10,8 (8,51)

ALT: alanina-aminotransferasa; ARM: antagonista del receptor mineraolocorticoide; AST: aspartato-aminotransferasa; BB: bloqueante β ; DC: dolor corporal; ENHA: esteatohepatitis no alcohólica; FF: función física; FS: función social; HTA: hipertensión arterial; IFSF-6: índice de función sexual femenina de 6 ítems; IMC: índice de masa corporal; INR: índice internacional normalizado; RCF: resumen componente física; RCM: resumen componente mental; RE: rol emocional; RF: rol físico; SG: salud general; SM: salud mental; VT: vitalidad. Tabla elaborada por los autores.

Tabla 2. Relación de la calidad de vida con la función sexual. Análisis de regresión lineal univariante. Variable dependiente, resumen del componente físico y resumen del componente mental de la escala SF36v2

	Variable	B	IC 95%	p
Resumen del componente físico	IFSF-6	0,36	0,10-1,8	0,029
Resumen del componente mental	IFSF-6	0,219	(-0,246) - (1,13)	0,199

IFSF-6: índice de función sexual femenina de 6 ítems. Tabla elaborada por los autores.

-0,101; $p = 0,55$) no encontraron una relación en la regresión lineal simple.

Los factores relacionados con CVRS en el análisis de regresión lineal simple tomando como variable dependiente el RCM fueron la escala Child-Pugh (coeficiente B: -0,559; $p = 0,00$), así como variables relacionadas a este (descompensación, albúmina, ascitis) y el IMC (coeficiente B: -0,396; $p = 0,017$). En el análisis multivariante nuevamente solo se sostuvo la relación con la escala Child-Pugh (coeficiente B: -0,49; $p = 0,0001$) y el IMC (coeficiente B: -0,49; $p = 0,045$). La diabetes (coeficiente B: -0,113; $p = 0,513$), la presencia de várices esofágicas (coeficiente B: 0,132; $p = 0,442$), la historia de sangrado varicoso (coeficiente B: -0,051; $p = 0,76$), la creatinina (coeficiente B: -0,209; $p =$

0,229) y la menopausia (coeficiente B: 0,068; $p = 0,694$) no mostraron relación con el RCM (**Tablas 4 y 5**).

DISCUSIÓN

Se observó una relación lineal entre la función sexual y la CVRS en mujeres con cirrosis hepática. Los valores del RCF se incrementaron a medida que lo hacían también los de la escala IFSF-6 y esta asociación fue estadísticamente significativa en el análisis univariante. Esta misma relación también se ha observado en mujeres con cáncer de cérvix e insuficiencia renal crónica^(16,23).

El promedio de IFSF-6 fue bajo (10,8 puntos) en esta población; de hecho, el 80% de las pacientes presentó dis-

Tabla 3. Factores relacionados con la función sexual (IFSF-6). Análisis de regresión lineal univariante. Variable dependiente, escala IFSF-6

Variable	B	IC 95%	p
Edad	-0,525	(-0,75) - (-0,209)	0,001
Estrato	0,258	(-0,751) - (5,70)	0,128
Peso	-0,234	(-0,356) - (0,065)	0,17
IMC	-0,203	(-0,983) - (0,249)	0,235
Obesidad	-0,148	(-10,6) - (4,25)	0,389
Dislipidemia	-0,073	(-7,83) - (5,10)	0,67
HTA	-0,096	(-8,0) - (4,55)	0,57
Diabetes	-0,091	(-10,0) - (5,8)	0,59
Escala Child-Pugh	-0,291	(-11,6) - (0,78)	0,085
Descompensación	-0,276	(-10,5) - (1,01)	0,103
Sangrado varicoso	-0,028	(-7,19) - (6,13)	0,872
Ascitis	-0,271	(-13,1) - (1,39)	0,11
Bilirrubina total	-0,9	(-3,0) - (1,7)	0,6
AST	-0,183	(-0,144) - (0,043)	0,284
ALT	-0,03	(-0,07) - (0,064)	0,861
Albúmina	0,189	(-2,60) - (9,0)	0,268
Creatinina	-0,089	(-10,6) - (6,35)	0,613
Menopausia	-0,387	(-16,2) - (-1,50)	0,02

ALT: alanina-aminotransferasa; AST: aspartato-aminotransferasa; HTA: hipertensión arterial; IMC: índice de masa corporal. Tabla elaborada por los autores.

función sexual (IFSF-6 \leq 19) según los puntos de corte reportados en la literatura⁽²²⁾. Aunque este hallazgo pudiera explicarse por la elevada edad de las pacientes (61 años) y el alto porcentaje de menopausia en esta cohorte (83%), las puntuaciones del IFSF-6 fueron bajas en mujeres pre- y posmenopáusicas (19 frente a 9,3 puntos). Desde un punto de vista biológico, el deterioro de la función sexual en la cirrosis es multifactorial. La disfunción autonómica y los cambios en el tejido genital femenino ocasionado por la atrofia de ovarios y la menopausia prematura que se presenta en estas pacientes puede afectar el deseo y la respuesta orgásmica, sin mencionar la presencia de trastornos psiquiátricos y afectivos como la depresión, que también pueden jugar un importante papel en la función sexual femenina⁽¹⁰⁾.

La edad y la menopausia fueron predictores independientes de la función sexual en pacientes con cirrosis. Otros

estudios realizados en diferentes regiones geográficas en la población general apoyan de forma consistente estos resultados. Un estudio realizado en Estambul en 1009 mujeres encontró que la menopausia incrementaba un 84% el riesgo de disfunción sexual ($p = 0,046$) y este riesgo podía ser hasta un 60% más alto al comparar a mujeres de 60-64 años frente a aquellas de 20-29 años ($p = 0,000$)⁽²⁴⁾.

La relación de la menopausia con la disfunción sexual se ha descrito ampliamente y esto se puede explicar debido a múltiples factores como el dolor durante la relación sexual, el síndrome genitourinario, la sequedad vaginal, entre otros. En un estudio publicado en 2017, que incluyó a 405 mujeres posmenopáusicas, se describe una relación positiva del puntaje de IFSF con los cuestionarios de calidad de vida en todos sus dominios⁽²⁵⁾, y se señaló a este subgrupo de pacientes como una población susceptible de intervenciones adicionales que permitan mejorar específicamente su función sexual y su calidad de vida.

En un estudio realizado en Turquía, que contó con 282 mujeres sanas, de las cuales cerca del 40% fueron mayores de 40 años, se encontró una prevalencia de disfunción sexual del 53,2% usando la escala IFSF, y el riesgo fue mayor en pacientes con mayor edad y con problemas urinarios⁽²⁶⁾. En nuestra cohorte la prevalencia de disfunción fue de un 80%, lo que sugiere un posible papel de la cirrosis como factor determinante de la función sexual femenina.

La presencia de hepatopatía crónica y no necesariamente de cirrosis también influye sobre la función sexual femenina. Un estudio de casos y controles publicado en 2014, el cual contó con 337 mujeres, comparó un grupo de mujeres con hepatitis C crónica sin cirrosis hepática sexualmente activas con otro de mujeres sanas sexualmente activas, y en el grupo de hepatitis C crónica los puntajes de IFSF fueron significativamente menores y la disfunción sexual fue más frecuente (79% frente a 21%, $p < 0,05$)⁽²⁷⁾.

Existen pocos estudios acerca de la disfunción sexual en mujeres con cirrosis hepática. En un estudio publicado en 1989 se encontró que de 150 mujeres con enfermedad hepática no alcohólica el deseo sexual estuvo disminuido en el 33%, la dificultad para lograr la excitación fue observada en un 18%, el orgasmo no fue experimentado en un 25%, la frecuencia de las relaciones sexuales disminuyó desde el inicio de la enfermedad en un 27% y la dispareunia se presentó en el 21%⁽²⁸⁾.

Únicamente la escala Child-Pugh y el IMC se identificaron como predictores independientes de CVRS en el análisis multivariante tanto en el RCF como en el RCM, y es consistente con estudios previos realizados en Colombia en los que se identificaron como determinantes de calidad de vida la escala Child-Pugh, el sexo femenino, la etiología viral y la albúmina⁽¹⁸⁾. De igual manera, en una cohorte prospectiva de 92 hombres y mujeres cirróticos, la escala Child-Pugh y el IMC se identificaron como factores asociados a la CVRS⁽²⁹⁾.

La asociación del IMC con la CVRS no se limita a los pacientes con cirrosis. En un trabajo publicado en 2018, que incluyó un total de 10 133 sujetos, de los cuales 71,7% fueron mujeres, se encontró una asociación significativa entre el IMC y la CVRS para los componentes físico y mental⁽³⁰⁾. Adicionalmente, en una investigación en sujetos obesos publicada en 2014 en la que participaron 25 hombres y 70 mujeres, se evidenció la asociación entre el IMC y la función sexual, en la que se encontró una relación inversa

de la función sexual con el IMC y con la circunferencia de la cintura⁽³¹⁾.

Morotti en 2013 publicó un estudio que contó con 90 mujeres y en el que se encontró una menor vascularización del clítoris en mujeres obesas en comparación con mujeres con sobrepeso o esbeltas; las encuestas sobre sexualidad reportaron mayores puntajes en mujeres delgadas en comparación con mujeres con sobrepeso y obesidad; el porcentaje de mujeres anorgásmicas fue mayor en pacien-

Tabla 4. Factores asociados a calidad de vida (RCF). Análisis de regresión lineal univariante. Variable dependiente, resumen del componente físico escala SF36v2

Variable	B	IC 95%	p
Edad	-0,778	(-0,778) - (0,442)	0,442
IMC	-0,388	(-3,4) - (-0,321)	0,019
Estrato	-0,134	(-12,2) - (5,38)	0,436
Obesidad	-0,315	(-37,1) - (0,921)	0,061
Dislipidemia	0,222	(-5,82) - (27,7)	0,193
HTA	0,67	(-13,5) - (20,0)	0,698
Diabetes	-0,004	(-21,5) - (21,0)	0,98
Escala Child-Pugh	-0,733	(-47,9) - (-24,5)	0,000
Várices esofágicas	0,053	(-5,52) - (7,51)	0,758
Descompensación	-0,431	(-34,1) - (-5,34)	0,009
Sangrado varicoso	-0,13	(-24,1) - (10,9)	0,451
Ascitis	-0,412	(-41,9) - (-5,45)	0,012
Menopausia	-0,101	(-27,3) - (15,0)	0,557
Albúmina	0,437	(5,61) - (33,9)	0,008
AST	-0,209	(-0,399) - (0,096)	0,221
ALT	-0,153	(-0,268) - (0,103)	0,373
Bilirrubina total	-0,245	(-10,5) - (1,76)	0,157
Creatinina	-0,376	(-44,4) - (-2,98)	0,026
Regresión lineal multivariante. Variable dependiente RCF (SF36-V2)			
- Escala Child-Pugh	-0,841	(-54,4) - (-27,6)	0,000
- IMC	-0,29	(-2,91) - (-0,386)	0,008
- Creatinina	-0,219	(-2,91) - (30,5)	0,102

ALT: alanina-aminotransferasa. AST: aspartato-aminotransferasa; HTA: hipertensión arterial; IMC: índice de masa corporal. Tabla elaborada por los autores.

Tabla 5. Factores asociados a calidad de vida (RCM). Análisis de regresión lineal univariante. Variable dependiente resumen del componente mental escala SF36v2

Variable	B	IC 95%	p
Edad	0,11	(-0,42) - (0,86)	0,49
IMC	-0,39	(-2,6) - (-0,27)	0,017
Estrato	-0,075	(-8,25) - (5,31)	0,662
Obesidad	-0,242	(-25,5) - (4,23)	0,155
Dislipidemia	0,145	(-7,56) - (18,5)	0,399
HTA	0,237	(-3,72) - (21,3)	0,163
Diabetes	-0,113	(-21,4) - (10,9)	0,513
Escala Child-Pugh	-0,559	(-32,1) - (-10,2)	0,000
Várices esofágicas	0,132	(-3,05) - (6,85)	0,442
Descompensación	-0,351	(-23,7) - (-0,84)	0,036
Sangrado varicoso	-0,051	(-15,5) - (11,5)	0,767
Ascitis	-0,372	(-30,6) - (-2,15)	0,025
Bilirrubina total	-0,02	(-5,16) - (4,60)	0,908
AST	-0,108	(-0,253) - (0,132)	0,52
ALT	-0,086	(-0,179) - (0,108)	0,617
Albúmina	0,377	(1,86) - (24,2)	0,024
Creatinina	-0,209	(-27,1) - (6,7)	0,229
Menopausia	0,068	(-13,0) - (19,4)	0,694
Regresión multivariante. Variable dependiente RCM (SF36-V2)			
- Escala Child-Pugh	-0,49	(-29,5) - (-8,1)	0,001
- IMC	-0,29	(-2,10) - (-0,026)	0,045

ALT: alanina-aminotransferasa. AST: aspartato-aminotransferasa; HTA: hipertensión arterial; IMC: índice de masa corporal. Tabla elaborada por los autores.

tes obesas que en delgadas (23% frente a 6%), y en los cuestionarios que evaluaron síntomas depresivos se encontraron mayores puntajes en pacientes obesas. Además, se encontró una mayor insatisfacción con su silueta y con su propio cuerpo⁽³²⁾. Estos datos señalan que el peso tiene una importante asociación con la calidad de vida y la función sexual en el sexo femenino, y este efecto permanece e incluso podría ser superior en mujeres con enfermedades crónicas como la cirrosis. Pese a esto, en nuestro estudio el IMC fue predictor de CVRS, pero no de la función sexual.

La historia de descompensación, la ascitis y la albúmina tuvieron una relación con la CVRS para el RCF y el RCM. Es probable que estos hallazgos se presenten debido a que son variables que se relacionan con la gravedad de la cirrosis y, por tanto, es frecuente que pacientes con mayor alteración de estas tengan una enfermedad más avanzada.

A pesar del tamaño de la muestra, la consistencia de nuestros hallazgos con los reportados en otras cohortes de pacientes con cirrosis a lo largo de todo el mundo apoya la solidez de nuestros resultados. La inclusión de pacientes en el estudio se vio limitada por el intervalo de edades en los que la encuesta IFSF fue validada para Colombia (18-69 años)⁽³³⁾, el carácter silente de la enfermedad y la falta de programas específicos de cribado para la hepatopatía crónica en nuestro país, lo que ha ocasionado que las pacientes sean diagnosticadas en edades tardías.

La disfunción sexual femenina no es evaluada de forma activa en la consulta de pacientes con cirrosis hepática a

pesar de su elevada prevalencia en esta población. Una aproximación integral al tratamiento de estas pacientes debe incluir la evaluación de la esfera sexual y el IMC que permitan identificar a las pacientes que se beneficiarían de una valoración por especialistas en el área para aplicar intervenciones que mejoren la CVRS en esta población.

CONCLUSIONES

En las mujeres con cirrosis hepática, la función sexual es un determinante de calidad de vida relacionada con la salud, y los factores que se asociaron a disfunción sexual fueron la edad y la historia de menopausia. El avance de la enfermedad y el peso guardan relación con el deterioro de la CVRS. El desarrollo de nuevos estudios y la implementación de programas multidisciplinarios que incidan sobre estos determinantes de calidad de vida y función sexual son necesarios en el manejo integral de las mujeres con esta patología.

Agradecimientos

A nuestras familias y a todas las personas que nos han brindado su apoyo incondicional.

Conflictos de interés

Ninguno.

REFERENCIAS

1. The WHOQOL Group. The Development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (the WHOQOL). En: Orley J, Kuyken W (editores). *Quality of Life Assessment: International Perspectives*. Springer Berlin Heidelberg; 1994. p. 41-57. https://doi.org/10.1007/978-3-642-79123-9_4
2. Urzúa MA. Calidad de vida relacionada con la salud: elementos conceptuales. *Rev Med Chil*. 2010;138(3):358-65. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872010000300017>
3. Loria A, Escheik C, Gerber NL, Younossi ZM. Quality of life in cirrhosis. *Curr Gastroenterol Rep*. 2013;15(1):301. <https://doi.org/10.1007/s11894-012-0301-5>
4. North CS, Devereaux R, Pollio DE, Hong BA, Jain MK. Patient perspectives on hepatitis C and its treatment. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2014;26(1):74-81. <https://doi.org/10.1097/MEG.0b013e32836382b5>
5. Orr JG, Homer T, Ternent L, Newton J, McNeil CJ, Hudson M, et al. Health related quality of life in people with advanced chronic liver disease. *J Hepatol*. 2014;61(5):1158-65. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2014.06.034>
6. Afendy A, Kallman JB, Stepanova M, Younoszai Z, Aquino RD, Bianchi G, et al. Predictors of health-related quality of life in patients with chronic liver disease. *Aliment Pharmacol Ther*. 2009;30(5):469-76. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2036.2009.04061.x>
7. Mejía G, Gómez MT, Moreno-Medina K. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud pre y post trasplante hepático, en pacientes de un hospital de alta complejidad. *Psicología*. 2019;13(1):65-72. <https://doi.org/10.21500/19002386.3721>
8. Hamer J, McDonald R, Zhang L, Verma S, Leahey A, Ecclestone C, et al. Quality of life (QOL) and symptom burden (SB) in patients with breast cancer. *Support Care Cancer*. 2017;25(2):409-19. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3417-6>
9. Amodio P, Salari L, Montagnese S, Schiff S, Neri D, Bianco T, et al. Hepatitis C virus infection and health-related quality of life. *World J Gastroenterol*. 2012;18(19):2295-9. <https://doi.org/10.3748/wjg.v18.i19.2295>
10. Neong SF, Billington EO, Congly SE. Sexual Dysfunction and Sex Hormone Abnormalities in Patients With Cirrhosis: Review of Pathogenesis and Management.

- Hepatology. 2019;69(6):2683-95.
<https://doi.org/10.1002/hep.30359>
11. Blümel JE, Binfa EL, Cataldo AP, Carrasco VA, Izaguirre LH, Sarrá CS. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2004;69(2):118-25.
<https://doi.org/10.4067/S0717-75262004000200006>
 12. Faubion SS, Rullo JE. Sexual dysfunction in women: A practical approach. *Am Fam Physician.* 2015;92(4):281-8.
 13. Fliegner M, Richter-Appelt H, Krupp K, Brunner F. Sexual Function and Socio-Sexual Difficulties in Women with Polycystic Ovary Syndrome (PCOS). *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 2019;79(5):498-509.
<https://doi.org/10.1055/a-0828-7901>
 14. Pozzo MJ, Mociulsky J, Martinez ET, Senatore G, Farias JM, Sapetti A, et al. Diabetes and Quality of Life: Initial Approach to Depression, Physical Activity, and Sexual Dysfunction. *Am J Ther.* 2016;23(1):e159-71.
<https://doi.org/10.1097/01.mjt.0000433949.24277.19>
 15. Chang SR, Yang CF, Chen KH. Relationships between body image, sexual dysfunction, and health-related quality of life among middle-aged women: A cross-sectional study. *Maturitas.* 2019;126:45-50.
<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.04.218>
 16. Abozead SE, Abdelrahman G, Hassan A, Ibrahim WH. Sexual Dysfunction and Health Related Quality of Life among Female Patients Undergoing Hemodialysis. *American Journal of Nursing Research.* 2018;6(6):547-52.
<https://doi.org/10.12691/ajnr-6-6-24>
 17. Sun V, Grant M, Wendel CS, McMullen CK, Bulkley JE, Herrinton LJ, et al. Sexual Function and Health-Related Quality of Life in Long-Term Rectal Cancer Survivors. *J Sex Med.* 2016;13(7):1071-9.
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.05.005>
 18. Yepes Barreto I, Lepesqueur Guillen L, Cadavid Asis S. Predictores de calidad de vida en pacientes con enfermedad hepática crónica en Colombia. *Rev Col Gastroenterol.* 2015;30(4):390-8.
<https://doi.org/10.22516/25007440.2>
 19. Yepes Barreto IDJ, Meza ZC, Contreras MNM. Calidad de vida en pacientes con hepatitis C crónica en Colombia. *Rev Col Gastroenterol.* 2017;32(2):112-9.
<https://doi.org/10.22516/25007440.139>
 20. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer M, Quintana JM, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit.* 2005;19(2):135-150.
<https://doi.org/10.1157/13074369>
 21. Alonso J, Ferrer M, Gandek B, Ware JE Jr, Aaronson NK, Mosconi P, et al. Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Qual Life Res.* 2004;13(2):283-298.
<https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000018472.46236.05>
 22. Isidori AM, Pozza C, Esposito K, Giugliano D, Morano S, Vignozzi L, et al. Development and validation of a 6-item version of the female sexual function index (FSFI) as a diagnostic tool for female sexual dysfunction. *J Sex Med.* 2010;7(3):1139-46.
<https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01635.x>
 23. Bae H, Park H. Sexual function, depression, and quality of life in patients with cervical cancer. *Support Care Cancer.* 2016;24(3):1277-83.
<https://doi.org/10.1007/s00520-015-2918-z>
 24. Aslan E, Beji NK, Gungor I, Kadioglu A, Dikencik BK. Prevalence and risk factors for low sexual function in women: a study of 1,009 women in an outpatient clinic of a university hospital in Istanbul. *J Sex Med.* 2008;5(9):2044-52.
<https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00873.x>
 25. Nazarpour S, Simbar M, Ramezani Tehrani F, Alavi Majd H. Quality of life and sexual function in postmenopausal women. *J Women Aging.* 2018;30(4):299-309.
<https://doi.org/10.1080/08952841.2017.1395539>
 26. Kılıç M. Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in healthy women in Turkey. *Afr Health Sci.* 2019;19(3):2623-33.
<https://doi.org/10.4314/ahs.v19i3.38>
 27. Elshimi E, Morad W, Mohamad NE, Shebl N, Waked I. Female Sexual Dysfunction Among Egyptian Patients with Chronic Hepatitis C. *J Sex Med.* 2014;11(3):768-75.
<https://doi.org/10.1111/jsm.12412>
 28. Bach N, Schaffner F, Kapelman B. Sexual behavior in women with nonalcoholic liver disease. *Hepatology.* 1989;9(5):698-703.
<https://doi.org/10.1002/hep.1840090507>
 29. Thiele M, Askgaard G, Timm HB, Hamberg O, Gluud LL. Predictors of health-related quality of life in outpatients with cirrhosis: results from a prospective cohort. *Hepat Res Treat.* 2013;2013:479639.
<https://doi.org/10.1155/2013/479639>
 30. Apple R, Samuels LR, Fonnesbeck C. Body mass index and health-related quality of life. *Obes Sci Pract.* 2018;4(5):417-426.
<https://doi.org/10.1002/osp4.292>
 31. Poggiogalle E, Di Lazzaro I, Pinto A. Health-related quality of life and quality of sexual life in obese subjects. *Int J Endocrinol.* 2014;2014:847871.
<https://doi.org/10.1155/2014/847871>
 32. Morotti E, Battaglia B. Body mass index, stunkard figure rating scale, and sexuality in young italian women: a pilot study. *J Sexual Med.* 2013;10(4):1034-1043.
<https://doi.org/10.1111/jsm.12045>
 33. Vallejo-Medina P, Pérez-Durán C, Saavedra-Roa A. Translation, Adaptation, and Preliminary Validation of the Female Sexual Function Index into Spanish (Colombia). *Arch Sex Behav.* 2018;47(3):797-810.
<https://doi.org/10.1007/s10508-017-0976-7>