Descargado el: 19-11-2026 ISSN 2221-2434

Artículos originales

Calidad de vida de los pacientes con cirrosis hepática

Quality of Life of Patients with Liver Cirrhosis

María Belén Alvarado Villavicencio[1] Evelyn Carolina Betancourt Rubio[1] Luis Roberto Villamarín Ponce[1]

[1] Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Ecuador

Cómo citar este artículo:
Alvarado-Villavicencio M, Betancourt-Rubio E, Villamarín-Ponce L. Calidad de vida de los pacientes con cirrosis hepática. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2023 [citado 2026 Nov 19]; 13(3):[aprox. 15 p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1304

Resumen

Fundamento: la cirrosis hepática es una enfermedad crónica del hígado caracterizada por la formación de tejido cicatricial y la disminución de la función hepática normal. La calidad de vida de los pacientes con cirrosis hepática puede verse afectada debido a la naturaleza crónica de la enfermedad y a las posibles complicaciones asociadas.
Objetivo: analizar la calidad de vida percibida por los pacientes con cirrosis, así como examinar los factores que influyen de forma general en su calidad de vida.
Método: se llevó a cabo un estudio descriptivo, analítico y correlacional, de corte transversal, con una muestra constituida por 40 pacientes con cirrosis hepática. La herramienta principal para la recopilación de los datos fue la encuesta. Se realizaron análisis comparativos para evaluar las percepciones de calidad de vida, salud y otros dominios vitales en función de las variables demográficas. Se utilizaron pruebas estadísticas como la correlación de Spearman, la prueba U de Mann-Whitney y la prueba de Kruskal-Wallis, según correspondió a cada variable. Los resultados se mostraron en gráficos y tablas expresados en valores y porcientos.
Resultados: en el estudio realizado, se encontró significación estadística entre el nivel de educación y los dominios físico, psicológico y ambiental, de igual forma, se observó significación estadística entre el sexo de los sujetos y los dominios psicológico y social, además, se encontró significación estadística entre las comorbilidades y el dominio psicológico, social y ambiental.
Conclusiones: los pacientes difirieron en los criterios valorativos de su calidad de vida. Factores como: sexo, educación y enfermedades coexistentes mostraron influencia en la calidad de vida de los pacientes con cirrosis.

Palabras clave: calidad de vida, nutrición, cirrosis

Abstract

Foundation: liver cirrhosis is a chronic liver disease characterized by the formation of scar tissue and a decrease in normal liver function. The quality of life of patients with liver cirrhosis may be affected due to the chronic nature of the disease and the possible associated complications.
Objective: to analyze the quality of life perceived by patients with cirrhosis, as well as to examine the factors that generally influence their quality of life.
Method: a descriptive, analytical and correlational, cross-sectional study was carried out with a sample consisting of 40 patients with liver cirrhosis. The main tool for data collection was the survey. Comparative analyzes were performed to evaluate perceptions of quality of life, health, and other vital domains based on demographic variables. Statistical tests such as Spearman correlation, Mann-Whitney U test and Kruskal-Wallis test were used, as appropriate for each variable. The results were shown in graphs and tables expressed in values and percentages.
Results: in the study carried out, statistical significance was found between the level of education and the physical, psychological and environmental domains, likewise, statistical significance was observed between the sex of the subjects and the psychological and social domains, in addition, it was found statistical significance between comorbidities and the psychological, social and environmental domain.
Conclusions: patients differed in the evaluative criteria of their quality of life. Factors such as: sex, education and coexisting diseases showed influence on the quality of life of patients with cirrhosis.

Key words: quality of life, nutrition, cirrhosis

Recibido: 2023-08-01 14:55:00
Aprobado: 2023-11-11 21:52:56

Correspondencia: María Belén Alvarado Villavicencio. Universidad Regional Autónoma de los Andes. Ambato. Ecuador. ua.mariaav34@uniandes.edu.ec

INTRODUCCIÓN

La cirrosis hepática es una enfermedad crónica del hígado caracterizada por la formación de tejido cicatricial y la disminución de la función hepática normal. El tejido cicatricial se forma como resultado de la lesión continua y la inflamación crónica del hígado, generalmente causadas por enfermedades como la hepatitis viral crónica, el consumo excesivo de alcohol, la enfermedad del hígado graso no alcohólico y otras enfermedades hepáticas crónicas.[1]

A medida que la cirrosis hepática progresa, el tejido cicatricial reemplaza gradualmente al tejido hepático sano, lo que afecta la estructura y función del hígado. Esto puede llevar a diversas complicaciones y síntomas, como ictericia (coloración amarillenta de la piel y los ojos), ascitis (acumulación de líquido en el abdomen), edema en las piernas, debilidad, fatiga, pérdida de apetito, pérdida de peso, confusión mental y sangrado anormal debido a trastornos de la coagulación.[2]

El diagnóstico de la cirrosis hepática[1] generalmente se realiza mediante una combinación de historia clínica, examen físico, pruebas de laboratorio y pruebas de imagen, como ecografía abdominal, resonancia magnética o biopsia hepática. El tratamiento de la cirrosis hepática se enfoca en frenar o detener la progresión de la enfermedad subyacente, aliviar los síntomas y prevenir o tratar las complicaciones. Dependiendo de la causa de la cirrosis, pueden emplearse diferentes enfoques terapéuticos,[3] que incluyen cambios en el estilo de vida, como dejar de consumir alcohol, llevar una dieta saludable, controlar enfermedades como la diabetes y la hipertensión y evitar medicamentos que puedan dañar el hígado. En algunos casos, puede ser necesaria la realización de un trasplante de hígado.

La calidad de vida de los pacientes con cirrosis hepática puede verse afectada debido a la naturaleza crónica de la enfermedad y a las posibles complicaciones asociadas.[1,2,3] A medida que la cirrosis progresa, pueden surgir una serie de síntomas y limitaciones que influyen en la calidad de vida de los pacientes. Algunos factores que pueden afectar la calidad de vida incluyen síntomas como fatiga, debilidad, pérdida de apetito, náuseas, pérdida de peso y dolor abdominal,[2] además, la cirrosis hepática puede conducir a complicaciones graves como la ascitis o acumulación de líquido en el abdomen, la encefalopatía hepática o deterioro de la función cerebral, la ictericia y los trastornos de la coagulación.[3]

Los pacientes con cirrosis hepática a menudo deben seguir una dieta restringida en sodio y líquidos para controlar la ascitis y otras complicaciones.[2,3] Esto puede limitar la variedad de alimentos que pueden consumir y afectar su satisfacción con la comida. Las limitaciones físicas y los síntomas pueden dificultar la participación en actividades sociales y laborales, además, pueden experimentar estrés, ansiedad, depresión y preocupaciones relacionadas con su salud y su pronóstico.

El estado nutricional juega un papel crucial en la calidad de vida de los pacientes con cirrosis hepática. La enfermedad hepática crónica puede afectar negativamente la ingesta de alimentos, la absorción de nutrientes y el metabolismo, lo que puede resultar en desnutrición y pérdida de peso.

La evaluación de la calidad de vida en pacientes con cirrosis hepática ha sido objeto de diversas investigaciones científicas.[4,5,6,7] Estos estudios se han centrado en comprender el impacto de la enfermedad en la vida diaria de los pacientes y en identificar los factores que pueden influir en su calidad de vida.

El objetivo de este estudio fue analizar la calidad de vida de los pacientes con cirrosis hepática, desde su propia perspectiva.

MÉTODOS

Para la realización del estudio se utilizó una encuesta de diagnóstico y se empleó el cuestionario *World Health Organization Quality of Life* en su versión abreviada (WHOQOL-BREF),[8,9] (por sus siglas en inglés) una herramienta de evaluación de la calidad de vida a partir de la opinión de los pacientes. La muestra tomada para el estudio fue de 40 pacientes con cirrosis que se encontraban hospitalizados.

Se realizó un análisis comparativo para examinar las percepciones de los pacientes sobre la calidad de vida, la salud y otros dominios vitales. Este análisis tuvo en cuenta diversas variables sociodemográficas, tales como: el sexo, los grupos de edad, lugar de residencia, nivel educativo, tipo de trabajo y comorbilidades.

Para evaluar la relación entre las variables grupo de edad y nivel educativo, se utilizó la prueba de

correlación de Spearman.[10] Por otro lado, se empleó la prueba U de Mann-Whitney para comparar dos muestras independientes en el caso de las variables sexo, lugar de residencia y uso de dieta. Para analizar la relación entre el tipo de trabajo realizado y la presencia de comorbilidades, se utilizó la prueba de *Kruskal-Wallis*, la cual es adecuada para comparar múltiples grupos independientes. El nivel de significación estadístico se estableció en $p < 0,05$.

En el caso de la variable nivel educativo, aquellos encuestados que tenían educación primaria fueron clasificados como que poseían educación profesional.

RESULTADOS

La distribución de los encuestados en el estudio reveló que la mayoría se encontraba en el rango de edad de 51 a 60 años, para el 40 % de los participantes. El 32,5 % tenía hasta 50 años, mientras que casi un tercio de los encuestados superaba los 60 años. En términos de género, la mayoría de los pacientes eran hombres, con una representación del 60 %, además, se observó que un alto porcentaje de los participantes, el 75 %, estaban casados, mientras que una cuarta parte tenía otro estado civil. No se registraron personas que vivieran separadas entre los pacientes examinados.

En cuanto al lugar de residencia, predominaron los pacientes que vivían en zonas urbanas, para un 87,5 % de los participantes. En términos de nivel educativo, se encontró que la mayoría de los encuestados tenían estudios secundarios (55 %), seguidos de los que tenían formación profesional (25 %) y estudios superiores (12,5 %). Los estudios primarios representaron el 7,5 % de las personas encuestadas.

Respecto a la ocupación laboral, la mayoría de los pacientes no trabajaban (60 %), seguidos de aquellos que realizaban trabajos físicos (25 %) y trabajos mentales (15 %).

En relación a la duración de la enfermedad, la mayoría de las personas del estudio se encontraban desde hacía un año (42 %) o más de 5 años (25 %). Los períodos de 2 a 3 años y 4 a 5 años hasta la fecha del estudio fueron referidos por el 22,5 % y 10 % de los participantes respectivamente. En cuanto a las comorbilidades, se observó que la mayoría de los pacientes no presentaban otras enfermedades (60 %), mientras que el 25 % de los pacientes tenían hipertensión y el 15 % diabetes.

En cuanto al seguimiento de la dieta recomendada para la enfermedad, la mayoría de los pacientes encuestados (67,5 %) indicaron que seguían una dieta adecuada, sin embargo, se observó que algunos pacientes tenían dificultades para seguir la dieta, ya que el 30 % la olvidaban y el 27,5 % la consideraban pesada. Solo el 17,5 % de los encuestados no consideraba la dieta como un problema, mientras que el 25 % la percibía como una carga.

En relación a los síntomas asociados a la cirrosis, los encuestados mencionaron más de una respuesta, con un total de 64 respuestas marcadas. El síntoma más reportado fue la debilidad, mencionada por el 34,4 % de los encuestados. En menor medida, se señalaron la falta de apetito (23,4 %) y el dolor abdominal (18,8 %). Solo una persona mencionó el picor en la piel, además, algunos encuestados mencionaron síntomas adicionales en la sección "otros"; entre los más frecuentes estaba la ictericia.

En relación con el uso de la medicación prescrita para la cirrosis, se observó que la mayoría de los pacientes (87,5 %) la tomaban regularmente según lo indicado por su médico. Solo el 5 % de los encuestados no tomaba la medicación, mientras que el 7,5 % lo hacía cuando se sentía incómodo, además, la gran mayoría de los encuestados (87,5 %) creía que el estado nutricional afectaba la calidad de vida.

En cuanto a la percepción de la calidad de vida, la mayoría de los pacientes encuestados la calificaron como: ni buena ni mala (45 %) o buena (37,5 %). Una persona indicó que su calidad de vida era muy buena, mientras que el 15 % la consideraba mala. La valoración media de la calidad de vida por los encuestados fue de 3,28 puntos.

En contraste con la evaluación de la calidad de vida, solo el 5 % de los pacientes expresaron satisfacción con su salud. La mayoría de los pacientes mostraron indiferencia, seleccionando la opción "ni satisfechos ni insatisfechos" (55 %) y un 40 % se mostró insatisfecho o muy insatisfecho. La valoración media de la satisfacción con la salud fue significativamente inferior a la valoración de la calidad de vida, con un valor de 2,58, lo que indicó una tendencia negativa.

Resultados en los ámbitos físico, psicológico, social y ambiental

- Ámbito físico

El ámbito físico constó de siete preguntas en el cuestionario, dos de las cuales estaban estructuradas en sentido negativo (a mayor puntuación, peor valoración del aspecto). Estas preguntas se invierten en sentido positivo. En la evaluación global, el ámbito físico fue calificado como regular (ni bueno ni malo) por la mayoría de las personas, en este caso 18 personas para un 45 % del total. (Fig. 1).

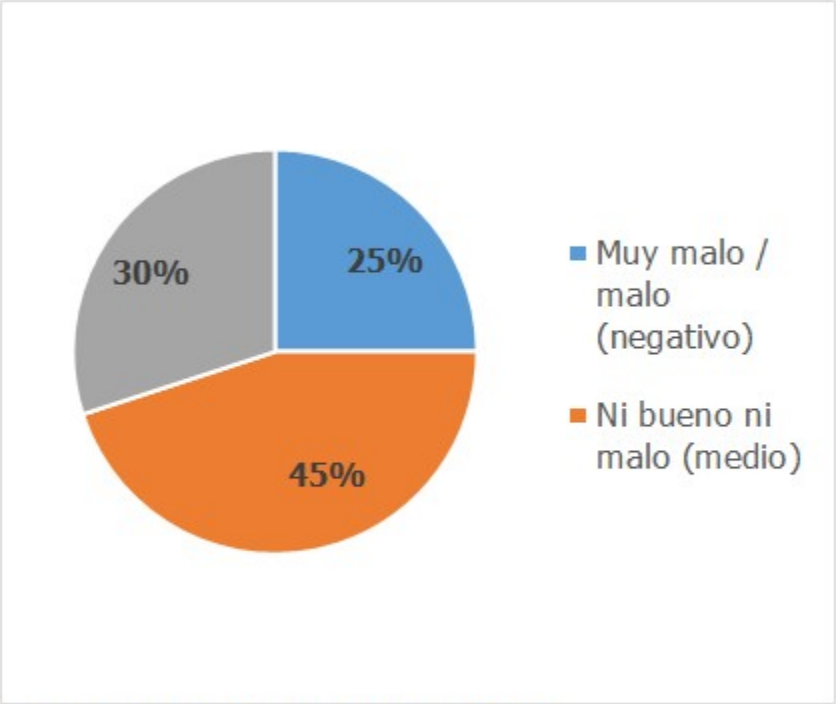


Fig. 1. Evaluación de la gravedad de las afecciones

La valoración media del dominio físico fue una valoración media de 52,68. (Tabla 1).

Tabla 1. Resultados de la evaluación de la condición ámbito físico

Inciso	Campo somático	Media	SD	Min	Max
Q.1.	Evaluación global de la calidad de vida	3,28	0,7506	2,0	5,0
Q.2.	Evaluación general de la propia salud	2,58	0,7121	1,0	4,0
Q.3.	Dolor y malestar	3,40	0,8712	2,0	5,0
Q.4.	Dependencia de la medicación y el tratamiento	2,85	1,0266	1,0	5,0
Q.10.	Energía y fatiga	2,90	0,7779	2,0	4,0
Q.15.	Movilidad	3,48	0,6789	2,0	5,0
Q.16.	Descansar y dormir	2,95	0,9858	1,0	4,0
Q.17.	Actividades de la vida diaria	3,05	0,6385	2,0	4,0
Q.18.	Capacidad de trabajo	3,13	0,6480	2,0	4,0

Las puntuaciones más bajas en el dominio somático las obtuvieron los pacientes con baja dependencia del tratamiento y la medicación con una media de hasta 2,85 y la energía y la fatiga, así como el descanso y el sueño con medias de 2,95 cada uno. En cuanto a este dominio, los encuestados indicaron que el dolor y el malestar con una media de 3,40 y la movilidad con una media de 3,48 tuvieron el mayor impacto positivo.

Debido al nivel de significación ($p > 0,05$), no hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la evaluación del dominio físico y todas las características estudiadas.

- Ámbito psicológico

El ámbito psicológico constó de seis preguntas en el cuestionario, de las cuales solo una tenía sentido negativo. Esta pregunta se invirtió en sentido positivo. La valoración global, el ámbito psicológico fue calificado de medio por la mayoría de los encuestados, 18 personas para un 45 % o de positivo por 17 personas para el 42,5 % del total. La valoración media del ámbito psicológico fue de 54,3. (Fig. 2).

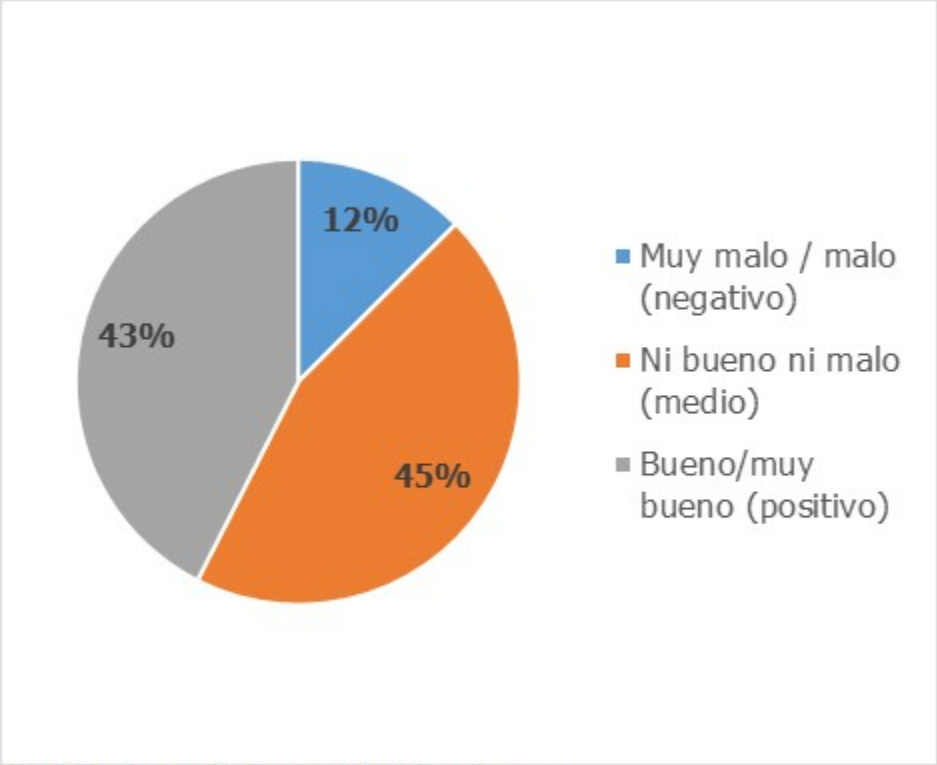


Fig. 2. Evaluación de la gravedad de las afecciones

Los resultados en este ámbito indicaron que tanto la capacidad de concentración como la puntuación del dominio psicológico general mantuvieron una correlación media significativa con la educación. (Tabla 2).

Tabla 2. Correlación de la esfera psicológica y el nivel educacional

Inciso	Ámbito psicológico	Media	SD	R	t(N-2)	nivel p
Q.1.	Percepción global de la calidad de vida	3,00	0,7631	-	-	-
Q.2.	Percepción general de la propia salud	2,31	0,6861	-	-	-
Q.5.	Sentimientos positivos	2,56	0,7436	0,1217	0,7558	0,4544
Q.6.	Espiritualidad/religión/fe personal	2,65	0,7811	0,2969	1,9167	0,0628
Q.7.	Pensamiento/aprendizaje/memoria/ concentración	2,45	0,6541	0,3849	2,5710	0,0142
Q.11.	Aspecto exterior	3,28	0,8264	0,1054	0,6533	0,5175
Q.19.	Autoevaluación	2,98	0,6359	0,2669	1,7074	0,0959
Q.26.	Sentimientos negativos	3,38	0,7182	0,0925	0,5725	0,5703

La puntuación más alta del dominio psicológico la presentaron los pacientes con estudios superiores, la más baja los que tenían formación profesional. Lo mismo ocurre con la capacidad de concentración: las puntuaciones más altas las presentaron los encuestados con estudios

superiores, las más bajas los que tenían estudios secundarios.

Debido al nivel de significación (p = 0,016), existieron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la valoración del ámbito psicológico y sus incisos por grupos de comorbilidad. Estas diferencias no se aplicaron solo a dos incisos: espiritualidad/religión/fe personal y sentimientos negativos.

Las puntuaciones más altas en el ámbito psicológico las presentaron los encuestados con hipertensión y las más bajas los encuestados sin estas enfermedades. Los encuestados con diabetes son los más felices con su vida, los encuestados sin enfermedades son los menos felices. Los encuestados con hipertensión presentan sentimientos positivos con mayor frecuencia, los encuestados sin enfermedades con menor frecuencia. La concentración es mayor entre los pacientes con hipertensión, menor entre los pacientes sin enfermedades. La autosatisfacción la presentan en mayor medida los encuestados con diabetes, en menor medida los que no padecen comorbilidades.

- Ámbito social

La relación social constó de tres preguntas en el cuestionario. En la valoración global, el ámbito social no fue percibido ni como bueno ni como malo por la mayoría de las personas: 27 personas (67,5 %). (Fig. 3).

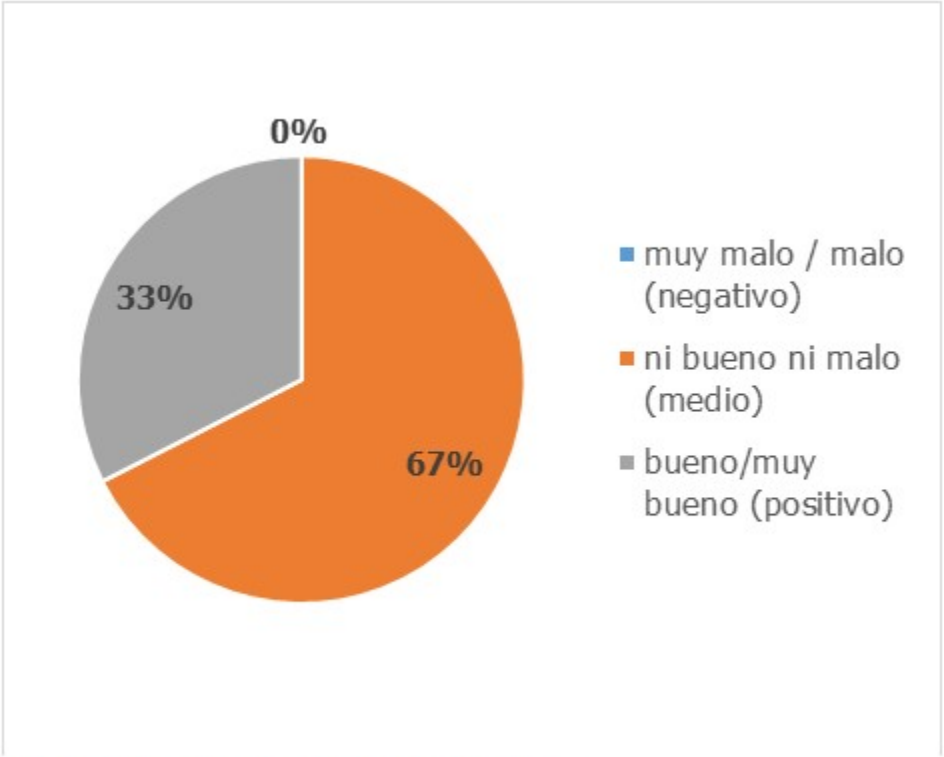


Fig. 3. Evaluación de la gravedad de las afecciones

La valoración media del ámbito social fue de 57,3, que es una valoración media. Se tomó para la cantidad de pacientes urbanos: N ciudad = 35; y para los de zonas rurales: N pueblo = 5. (Tabla 3).

Tabla 3. Correlación de la evaluación de la esfera social y el lugar de residencia

Ítem	Ámbito social	Media	S.D.	Suma rango ciudad	Suma rango pueblo	U	Z	p valor
Q.20.	Relaciones personales	3,75	0,63	699,0	121,0	69,0	-0,7566	0,4493
Q.21.	Actividad sexual	3,10	0,63	659,5	160,5	29,5	-2,3720	0,0177
Q.22.	Apoyo social	3,50	0,54	727,5	92,5	77,5	0,4090	0,6826
Ámbito social en general				676,0	144,0	46,0	-1,6972	0,0897

La puntuación más baja en el ámbito social se registró en la evaluación de la actividad sexual, con una puntuación media de 3,1. La puntuación más alta se fue en la categoría de satisfacción con las relaciones personales, con una puntuación media de 3,75.

Debido al nivel de significación ($p < 0,05$), solo existieron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la valoración de la vida sexual entre grupos de lugar de residencia. Los pacientes que viven en zonas rurales presentaron puntuaciones más altas en el ámbito social, también estaban, significativamente, más satisfechos con su vida sexual.

En cuanto a la diferencia en las puntuaciones de la evaluación del dominio social debido a comorbilidades se observó que existían diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en cuanto a las puntuaciones en el dominio social y el inciso sobre satisfacción con las relaciones personales y el apoyo, por grupos de comorbilidad. Las puntuaciones más altas en el dominio social las presentan los pacientes con hipertensión y las más bajas los que no presentan comorbilidades. Las relaciones personales y el apoyo percibido fueron valorados mejor por los pacientes con diabetes, mientras que los

pacientes sin comorbilidades puntuaron estos aspectos con los valores más bajos.

◦ Ámbito medioambiental

El ámbito medioambiental constó de ocho preguntas en el cuestionario. En la evaluación global, el ámbito medioambiental fue percibido por la mayoría de las personas como medio, 18 personas (un 45 %), mientras que 16 (el 40 %) lo percibieron positivamente. La valoración media del ámbito medioambiental fue de 55,8, una puntuación media. (Fig. 4).

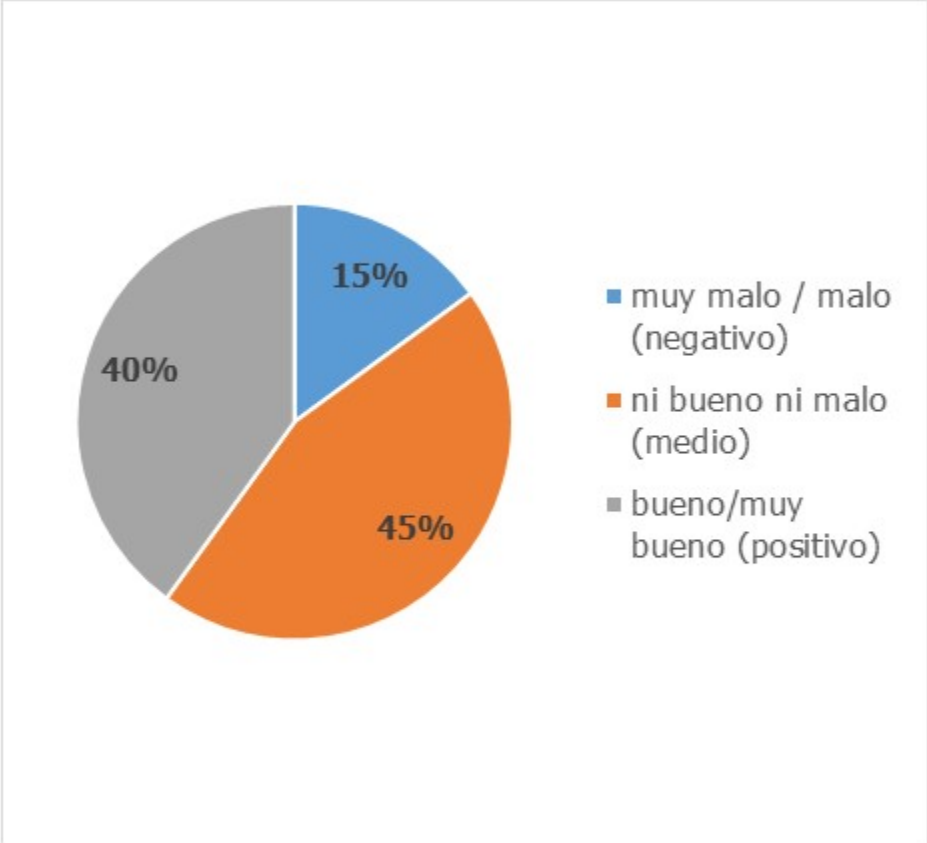


Fig. 4. Evaluación de la gravedad de las condiciones - ámbito medioambiental

Las puntuaciones más bajas en el ámbito medioambiental las ofrecieron los pacientes en los incisos entorno físico (contaminación, ruido, tráfico, clima) con una media de 2,7 y libertad/seguridad física y psicológica, así como oportunidades y participación en actividades recreativas y de ocio con una media de 2,9 cada uno. La subescala entorno doméstico tuvo el mayor impacto positivo con una media de 3,4 y salud y asistencia sanitaria: accesibilidad y calidad con una media de 3,6. Se tomaron como cantidades para la muestra: N mujer = 16, N hombre = 24. Debido al nivel de significación ($p > 0,05$), no existían diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la evaluación del ámbito medioambiental y su posición entre las mujeres y los hombres encuestados. La excepción son los recursos financieros ($p = 0,0424$). (Tabla 4).

Tabla 4. Correlación de la evaluación de la esfera medioambiental y el sexo

Inciso	Descripción	Media	S.D.	Suma rango femenino	Suma rango masculino	U	Z	p valor
Q.8.	Libertad/seguridad física y psicológica	3,28	0,75	350,5	469,5	169,5	0,6212	0,5345
Q.9.	Entorno físico (contaminación, ruido, tráfico, clima)	2,58	0,71	327,0	493,0	191,0	-0,0276	0,9780
Q.12.	Recursos financieros	2,98	0,62	254,5	565,5	118,5	-2,0292	0,0424
Q.13.	Oportunidades de adquirir nueva información y competencias	2,68	0,73	308,0	512,0	172,0	-0,5522	0,5808
Q.14.	Oportunidades y participación en actividades de ocio y recreo	3,30	0,99	300,0	520,0	164,0	-0,7730	0,4395
Q.23.	Entorno doméstico	3,48	0,91	301,5	518,5	165,5	-0,7316	0,4644
Q.24.	Salud y asistencia sanitaria: accesibilidad y calidad	2,98	0,86	327,5	492,5	191,5	-0,0138	0,9890
Q.25.	Transporte	3,43	0,64	322,0	498,0	186,0	-0,1656	0,8684
Global medio ambiente				305,5	514,5	169,5	-0,6212	0,5345

Se encontró que existían correlaciones medias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) entre la educación y los recursos económicos, las oportunidades de adquirir nueva información y habilidades, el entorno familiar y el ámbito medioambiental. Las puntuaciones más altas del ámbito medioambiental las presentan los encuestados con estudios superiores, mientras que las puntuaciones más bajas las presentan los encuestados con formación profesional. En el caso de los recursos económicos, las puntuaciones más altas las presentaron los pacientes con estudios superiores. (Tabla 5).

Tabla 5. Correlaciones entre la esfera ambiental y la educación

Inciso	Descripción	R	t(N-2)	nivel p
Q.8.	Libertad/seguridad física y psicológica	0,1061	0,6579	0,5146
Q.9.	Entorno físico (contaminación, ruido, tráfico, clima)	0,2977	1,9224	0,0621
Q.12.	Recursos financieros	0,3739	2,4850	0,0175
Q.13.	Oportunidades de adquirir nueva información y competencias	0,3913	2,6210	0,0125
Q.14.	Oportunidades y participación en actividades de ocio y recreo	0,2513	1,6003	0,1178
Q.23.	Entorno doméstico	0,3500	2,3031	0,0268
Q.24.	Salud y asistencia sanitaria: accesibilidad y calidad	0,1796	1,1254	0,2675
Q.25.	Transporte	0,1022	0,6335	0,5302
Global medio ambiente		0,3332	2,1782	0,0357

Debido al nivel de significación ($p < 0,05$), existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la puntuación del dominio medioambiental y sus incisos por grupos de comorbilidad. Estas diferencias están relacionadas con la puntuación total del dominio ambiental, el inciso de recursos financieros y la oportunidad de adquirir nueva información y habilidades. Las puntuaciones más altas en el dominio ambiental las presentan los pacientes con hipertensión y las más bajas los pacientes sin comorbilidades.

Los resultados de la relación entre la evaluación de la esfera medioambiental y el cumplimiento de las dietas por parte de los pacientes examinados se evaluaron para N sí siguen la dieta = 27, N no siguen la dieta = 13. Se comprobó, por tanto, que existían diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la valoración del dominio ambiental y su posición entre los pacientes que utilizaban o no la dieta. Tanto en la valoración del dominio ambiental global como en la oportunidad de adquirir nueva información y habilidades, y salud y asistencia sanitaria: accesibilidad y calidad. En todos los casos, presentaron puntuaciones más altas los pacientes que siguen una dieta específica para la enfermedad. (Tabla 6).

Tabla 6. Correlación entre los resultados de la evaluación de la esfera medioambiental las dietas

Inciso	Suma rangos sí siguen la dieta	Suma rangos no siguen la dieta	U	Z	p valor
Q.8.	597,0	223,0	132,0	1,2561	0,2091
Q.9.	591,0	229,0	138,0	1,0829	0,2789
Q.12.	580,5	239,5	148,5	0,7797	0,4356
Q.13.	629,0	191,0	100,0	2,1802	0,0292
Q.14.	594,0	226,0	135,0	1,1695	0,2422
Q.23.	610,0	210,0	119,0	1,6315	0,1028
Q.24.	610,5	209,5	118,5	1,6460	0,0998
Q.25.	592,5	227,5	136,5	1,1262	0,2601
Global medio ambiente	632,5	187,5	96,5	2,2812	0,0225

Los resultados de la evaluación global de la calidad de vida y la propia salud, así como de todos los ámbitos evaluados mostró que el ámbito social obtuvo la puntuación más alta con una media de 57,3, seguido del ámbito medioambiental con una. El ámbito físico, con una puntuación media de 52,7 puntos, fue el segundo peor evaluado. (Fig. 5).

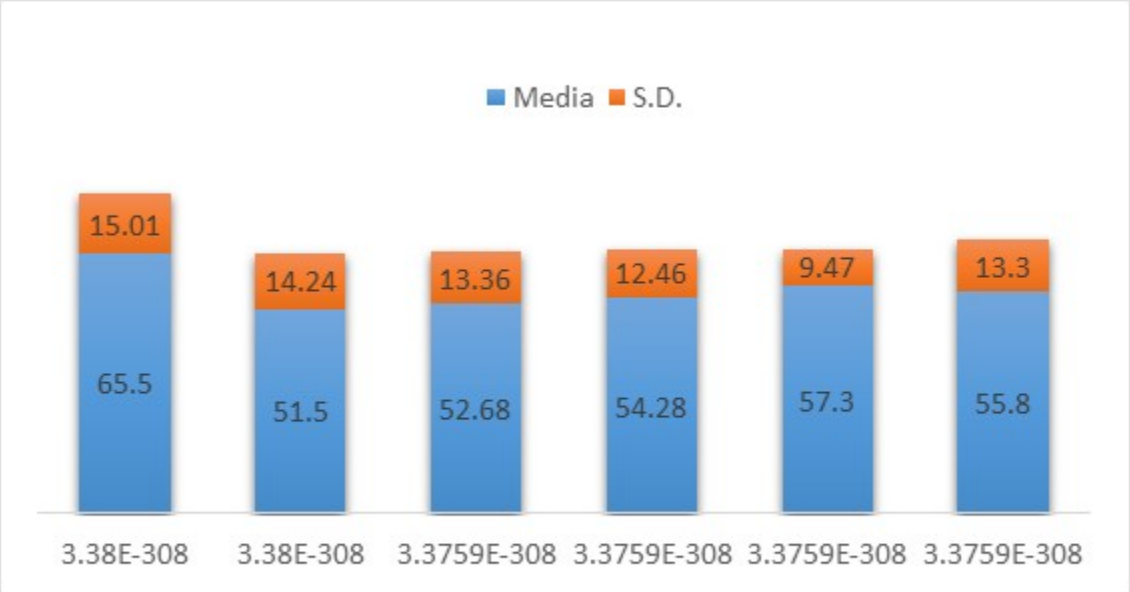


Fig. 5. Resumen estadístico de los resultados de los dominios y preguntas de calidad de vida y satisfacción con la salud

A partir de los resultados obtenidos se aceptó la hipótesis de que no hay diferencias en los resultados de los grupos de estudio. De las características estudiadas, los sujetos solo difirieron en su calidad de vida debido a las comorbilidades (p = 0,0493). La mayor calidad de vida la presentaron los encuestados con una enfermedad adicional, y la menor, curiosamente, los que no tenían ninguna comorbilidad.

DISCUSIÓN

La cirrosis es una de las enfermedades crónicas del aparato digestivo. Es una afección en la que el parénquima hepático está dañado, con fibrosis y transformación de la estructura normal del órgano en nódulos regenerativos anormales. Las consecuencias son la disfunción hepática y la desorganización del sistema vascular hepático.

Según Martínez,[3] la incidencia de la cirrosis aumenta en los individuos menores de 65 años y afecta principalmente a los hombres. Esto coincide con los resultados de este estudio, en el que, de 40 personas (16 mujeres y 24 hombres), se confirmaron los datos sobre la prevalencia de la enfermedad principalmente en el sexo masculino. El análisis del cuestionario mostró que el mayor grupo de edad con síntomas de cirrosis se encontraba en la franja de 51 a 60 años (16 personas).

La presente investigación indicó que la mayoría de los sujetos (55 %) abusa del alcohol, mientras que más de uno de cada tres sujetos consume alcohol a diario. Estos resultados coinciden con el estudio de Roesch y cols.[2] que describen que el número de casos de cirrosis ha aumentado significativamente en los últimos treinta años del siglo XX y que, en los países desarrollados, el alcohol es la principal causa de cirrosis.

Según Alisherovna y cols.[5] los principales síntomas notificados por los pacientes son fatiga, prurito y debilidad, que reducen significativamente la calidad de vida, sin embargo, en este estudio, las quejas más frecuentes fueron debilidad y falta de apetito, mientras que solo una persona mencionó picor en la piel.

Acorde con Aguilar y cols.[11] el tratamiento de la cirrosis es difícil y los resultados dependen en gran medida de la duración de la enfermedad y de su gravedad. El tratamiento es multietapa y multidireccional. Los resultados aquí obtenidos confirman que una proporción significativa de los encuestados tomaba regularmente medicamentos contra la cirrosis por prescripción médica, solo 2 personas (5 %) admitieron que no tomaban medicación, mientras que 3 personas solo la tomaban cuando sentían molestias.

Una actividad física moderada y una dieta equilibrada pueden reducir las molestias asociadas a la enfermedad.[12] En el tratamiento de las enfermedades hepáticas, el cumplimiento de la dieta es, junto con el tratamiento farmacológico, uno de los elementos básicos de la gestión terapéutica. Así lo confirma, también, este estudio. La dieta debe organizarse de tal manera que proporcione al paciente todos los nutrientes necesarios y que supla cualquier carencia.[13] La presente investigación mostró que una proporción significativa de las personas encuestadas (67,5 %) sigue una dieta bien elegida.

Los resultados obtenidos permitieron afirmar que las personas con cirrosis difieren en su valoración de la calidad de vida. Las diferencias se deben al estado de salud, la dieta, la edad y otros factores de los ámbitos físico, psicológico, social y medioambiental.

A partir de la investigación realizada, se encontró que no había una correlación estadísticamente significativa entre los grupos de edad y el estado nutricional, la calidad de vida y la autovaloración de la salud en los sujetos estudiados, asimismo, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de calidad de vida y satisfacción con la salud entre hombres y mujeres. Ello difiere de lo encontrado por Alisherovna y cols.[5] quienes concluyeron que las mujeres tienen una peor valoración de su calidad de vida en las principales esferas de la vida.

En relación con la educación, se encontraron correlaciones medias entre la calidad de vida, la satisfacción con la salud y el nivel educativo. Se observó que a medida que aumentaba el nivel educativo, las puntuaciones en calidad de vida y satisfacción con la salud, también, aumentaban.[4,12] En cuanto al lugar de residencia, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el estado nutricional y la calidad de vida de los sujetos estudiados.

Con respecto a las comorbilidades, se encontró que los sujetos diferían en su calidad de vida debido a la presencia de enfermedades adicionales. Aquellos con una enfermedad comórbida, como la diabetes, mostraron una

mayor calidad de vida, mientras que aquellos sin comorbilidades presentaron una calidad de vida más baja.

En relación al dominio físico, se observó que los encuestados con formación profesional lo valoraron más alto en comparación con aquellos con educación superior, que lo valoraron más bajo.

En el ámbito psicológico, las investigaciones no revelaron diferencias estadísticamente significativas entre los sexos, excepto en la valoración de la propia apariencia externa, donde los hombres obtuvieron puntuaciones significativamente más altas que las mujeres, además, se encontró que a medida que aumentaba la edad, las puntuaciones en el ámbito psicológico, también aumentaban, los encuestados mayores de 60 años fueron los que presentaron la puntuación más alta de autoevaluación.[14,15]

En el dominio psicológico, se encontró que los pacientes con educación superior obtuvieron la puntuación más alta, mientras que aquellos con formación profesional obtuvieron la puntuación más baja, también se observaron diferencias estadísticamente significativas en el dominio psicológico entre pacientes con y sin enfermedades adicionales, los pacientes con una enfermedad adicional fueron los que obtuvieron puntuaciones más altas.

En relación al ámbito social, se descubrió que las mujeres valoraron más alto este dominio, donde la satisfacción sexual fue la que tuvo un mayor impacto, además, las personas que vivían en zonas rurales presentaron puntuaciones más altas y, también, mostraron mayor satisfacción con su vida sexual.

En el ámbito medioambiental, se encontró una correlación media estadísticamente significativa entre la educación, los recursos económicos, las oportunidades de adquirir nueva información y habilidades, y el entorno familiar.[15] Las puntuaciones más altas en este dominio fueron presentadas por los encuestados con educación terciaria, mientras que las puntuaciones más bajas correspondieron a aquellos con formación profesional.

Los resultados de este estudio mostraron las diferencias de criterios entre los pacientes encuestados al valorar su calidad de vida. Factores como: el sexo, el nivel educacional y las enfermedades coexistentes mostraron una correlación media y una influencia significativa en la calidad de vida de los pacientes. Estos elementos constituyen variables significativas a tener en cuenta como indicadores para los análisis y el trabajo en el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes con cirrosis hepática.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran la no existencia de conflictos de intereses relacionados con el estudio.

Los roles de autoría:

1. Conceptualización: María Belén Alvarado Villavicencio.

2. Curación de datos: María Belén Alvarado Villavicencio.

3. Análisis formal: María Belén Alvarado Villavicencio, Evelyn Carolina Betancourt Rubio.

4. Adquisición de fondos: Esta investigación no contó con adquisición de fondos.

5. Investigación: María Belén Alvarado Villavicencio, Evelyn Carolina Betancourt Rubio, Luis Roberto Villamarin Ponce.

6. Metodología: María Belén Alvarado Villavicencio, Evelyn Carolina Betancourt Rubio, Luis Roberto Villamarin Ponce.

7. Administración del proyecto: María Belén Alvarado Villavicencio.

8. Recursos: Luis Roberto Villamarín Ponce.

9. Software: Luis Roberto Villamarín Ponce.

10. Supervisión: María Belén Alvarado Villavicencio.

11. Validación: María Belén Alvarado Villavicencio, Evelyn Carolina Betancourt Rubio.

12. Visualización: Evelyn Carolina Betancourt Rubio, Luis Roberto Villamarin Ponce.

13. Redacción del borrador original: María Belén Alvarado Villavicencio, Evelyn Carolina Betancourt Rubio.

14. Redacción, revisión y edición: María Belén Alvarado Villavicencio, Evelyn Carolina Betancourt Rubio, Luis Roberto Villamarin Ponce.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fortea JI, Carrera IG, Puente A, Crespo J. Cirrosis hepática. Medicine [Internet]. 2020 [citado 25 Jun 2023];13(6):[aprox. 10p]. Disponible en: https://www.medicineonline.es/es-cirrosis-hepatica-articulo-S0304541220300718

2. Roesch F, González M, Sánchez YJ, Díaz F, Cano AD, Amieva M, et al. Influencia de los factores socioeconómicos y culturales en la etiología de la cirrosis hepática. Rev Gastroenterol Méx [Internet]. 2021 [citado 25 Jun 2023];86(1):[aprox. 7p]. Disponible en: https://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-influencia-factores-socioeconomicos-culturales-etiologia-articulo-S0375090620300355

3. Martínez L, Palomino AB, Quesada E, Oliva JC, Yanes A, Descalzo Y, et al. Características epidemiológicas y clínicas de pacientes con cirrosis hepática. Rev Cubana Med Mil [Internet]. 2021 [citado 25 Jun 2023];50(4):[aprox. 5p]. Disponible en: https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/1479

4. Flores KA, Morante JE, Flores DL, Méndez AM. Cirrosis hepática: perfil epidemiológico y calidad de vida. Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Período 2014 – 2015. Ciencia Digital [Internet]. 2019 [citado 25 Jun 2023];3(4):[aprox. 17p]. Disponible en: https://cienciadigital.org/revistacienciadigital2/index.php/CienciaDigital/article/view/936/2312

5. Alisherovna KM, Toshtemirovna EM, Mukhtorovich JM, Oybekovna EE. Quality of life of patients with cirrhosis of the liver. Spec J Inno Ref Dev. 2022;4(7):197-202

6. Rabiee A, Ximenes RO, Nikayin S, Hickner A, Juthani P, Rosen RH, et al. Factors associated with health-related quality of life in patients with cirrhosis: a systematic review. Liver Int. 2021;41(1):6-15

7. Labenz C, Toenges G, Schattenberg JM, Nagel M, Huber Y, Marquardt JU, et al. Health-related quality of life in patients with compensated and decompensated liver cirrhosis. Eur J Intern Med. 2019;70(8):54-9

8. Krägeloh CU, Henning MA, Hawken SJ, Zhao Y, Shepherd D, Billington R. Validation of the WHOQOL-BREF quality of life questionnaire for use with medical students. Educ Health. 2011;24(2):545

9. Cunha FF, Barreto F, Alba S, Legnani E, Bertoletti A. Accordance and reproducibility of the electronic version of the WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD questionnaires. Exp Gerontol. 2019;125(1):1106-83

10. Hidalgo A. Técnicas estadísticas en el análisis cuantitativo de datos. Rev Sigma [Internet]. 2019 [citado 26 Jun 2023];15(1):[aprox. 16p]. Disponible en: https://revistas.udenar.edu.co/index.php/rsigma/article/view/4905/5671

11. Aguilar ME, Bozada GT, López BM, Ponce HM, Bravo AA. Causas frecuentes de cirrosis hepática en el hospital ambulatorio, seguro social, Jipijapa, Manabí, Ecuador. UNESUM – Ciencias. Rev Científ Multidisplin [Internet]. 2022 [citado 26 Jun 2023];6(4):[aprox. 19p]. Disponible en: https://revistas.unesum.edu.ec/index.php/unesumciencias/article/view/64

12. Velázquez S, Girala M. Etiología, estadio y complicaciones de la cirrosis hepática en un hospital de referencia en Paraguay. Rev Virtual Soc Paraguaya Med Interna [Internet]. 2018 [citado 26 Jun 2023];5(2):[aprox. 8p]. Disponible en: https://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2312-38932018000200053

13. Gutiérrez MC, Curia A, Rey E, Sordá JA, Daruich J, González E, et al. Prevalencia de malnutrición en pacientes con cirrosis hepática: estudio observacional. Acta Gastroenterol Latinoam [Internet]. 2022 [citado 26 Jun 2023];52(4):[aprox. 11p]. Disponible en: https://actaojs.org.ar/ojs/index.php/acta/article/view/265

14. Londoño JP. Necesidades de información de los pacientes con cirrosis hepática, factores relacionados y su asociación con la calidad de vida [Internet]. Cartagena: Universidad de Cartagena; 2021 [citado 26 Jun 2023]. Disponible en: https://repositorio.unicartagena.edu.co/handle/11227/14969

15. Carate B, Carolina D. Cirrosis hepática alcohólica y su influencia con la calidad de vida, enfocado en los cuidados de enfermería [Internet]. Ambato: Universidad Técnica de Ambato; 2017 [citado 25 Jun 2023]. Disponible en: https://dokumen.tips/download/link/universidad-tcnica-de-ambato-facultad-de-ciencias-de-la-cirrosis-heptica-es.html