

Gastroenterología y Hepatología

www.elsevier.es/gastroenterologia



XXXVII CONGRESO ANUAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA PARA EL ESTUDIO DEL HÍGADO

El reto de la calidad de vida en pacientes con cirrosis

Germán Soriano^{a,b,*} y Eva Román^{a,c}

^aServicio de Patología Digestiva, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

^bCIBERehd, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

^cEscola Universitària d'Infermeria Sant Pau, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

Introducción

Durante las últimas décadas ha mejorado el pronóstico de los pacientes con cirrosis debido a los avances médicos, especialmente en el trasplante hepático, la prevención y tratamiento de las complicaciones de la cirrosis, y los tratamientos antivirales.

Sin embargo se ha prestado escasa atención a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)¹⁻⁵. Actualmente se acepta que la CVRS, entendida como la percepción de la persona sobre su salud, es al menos tan importante como los objetivos clínicos tradicionales, especialmente la mortalidad, la incidencia de complicaciones y el coste económico⁵⁻⁷. Además, la valoración individual del propio estado de salud puede variar de forma significativa de un paciente a otro, según los diferentes sistemas de valores y expectativas, y en una misma persona a lo largo de su vida⁷.

La World Health Organization (WHO) define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad”⁸, y la 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. Por tanto, el concepto de CVRS es claramente complementario de la definición actual de salud^{5,6} y la mejora de la CVRS debería ser un objetivo de toda intervención médica. Además, la CVRS no sólo está relacionada con el bienestar del paciente, sino que se ha demostrado que una mejor CVRS se asocia con una menor mortalidad¹⁰.

Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con cirrosis

Antes de considerar cómo es la CVRS de los pacientes con cirrosis, nos debemos plantear cómo medirla de la forma más objetiva posible. Para ello se han utilizado múltiples instrumentos, que consisten en cuestionarios que responden los pacientes^{5,6}. Estos cuestionarios constan de diversos ítems agrupados en diferentes dominios que evalúan aspectos específicos de la CVRS. La mayoría han sido validados contrastando los resultados de la encuesta con otros parámetros más objetivos (evaluación de los cuidadores, del personal sanitario, índices de discapacidad, etc.).

Estos cuestionarios permiten una valoración cuantitativa de la CVRS de los pacientes y son una herramienta útil en investigación. Sin embargo presentan limitaciones importantes^{6,7,11}. Una de las más destacadas es que los dominios evaluados pueden no corresponderse con los aspectos de la CVRS que cada paciente concreto considera más importantes para él. La investigación cualitativa pretende obviar este problema, evaluando los dominios de la CVRS que cada paciente considera más relevantes⁷, si bien presenta los inconvenientes de una mayor subjetividad y las dificultades al analizar grupos de pacientes. Otras limitaciones de los cuestionarios de CVRS son: la complejidad y el tiempo necesario para la realización de la mayoría de ellos; la posible discordancia entre lo que refiere el paciente y las medidas objetivas, y la posible mejoría en las puntuaciones a lo largo del tiempo debido a mecanismos de adaptación a la situación de enfermedad crónica⁵⁻⁷. Además, las poblaciones incluidas en los diferentes estudios pueden diferir en características demográficas, etiología de la cirrosis o en el grado de insuficiencia hepática. Finalmente, algunos factores determinantes de la CVRS pueden tener complejas interrelaciones entre sí y con los diferentes dominios de la CVRS^{1,12}.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gsoriano@santpau.cat (G. Soriano).

Tabla 1 Instrumentos para la evaluación de la calidad de vida en los pacientes con cirrosis

Cuestionarios generales

Medical Outcomes Study Short Form (SF-36, SF-12, SF-6)

Sickness Impact Profile (SIP)

Euro Quality of Life-5D (EQ-5D)

Nottingham Health Profile (NHP)

Tests computarizados adaptativos: Patient Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS)

Cuestionarios específicos

Chronic Liver Disease Questionnaire (CLDQ)

Liver Disease Quality of Life (LDQOL) Questionnaire

National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDK) Liver Transplant Database (LTD) Quality of Life Questionnaire

Todas estas limitaciones deben tenerse en cuenta cuando se aborda el estudio de la CVRS en los pacientes con cirrosis, y pueden contribuir a explicar resultados discordantes entre diferentes estudios.

Se han utilizado diversos cuestionarios que podemos clasificar en 2 grupos: generales y específicos para pacientes con cirrosis (tabla 1).

Cuestionarios generales. Son instrumentos no diseñados específicamente para pacientes con cirrosis. El más utilizado, tanto en otras situaciones como en pacientes con cirrosis, es el Medical Outcomes Study Short Form-36 (SF-36)^{5,6,13-16}. Comprende 36 ítems agrupados en 8 dominios: función física, rol físico o limitaciones en la función física, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional o limitaciones por problemas emocionales y salud mental. Estos 8 dominios se agrupan en un componente físico y un componente mental. Las puntuaciones van de 0 a 100, siendo más altas cuanto mejor es la calidad de vida. Hay versiones abreviadas, como el SF-12¹⁷. El Sickness Impact Profile (SIP) evalúa comportamientos como medida del impacto de la enfermedad sobre el paciente. Consta de 136 ítems agrupados en 12 dominios. Como el SF-36, estos dominios se pueden agrupar en 2 categorías: física y psicosocial. La puntuación en este test va de 0 a 100, siendo más alta cuanto peor es la calidad de vida^{5,6,18}. Un problema importante es su extensión y, por tanto, el tiempo necesario para su aplicación^{5,6}. En cambio el Euro Quality of Life-5D (EQ-5D) consta sólo de 5 ítems y una escala analógica visual para evaluar la salud en general en una escala de 0 a 100, de peor a mejor. El EQ-5D tiene una buena correlación con el SF-36, pero debido a su sencillez ofrece menor precisión que los cuestionarios más largos^{5,6}. El Nottingham Health Profile (NHP) es otro de los cuestionarios de CVRS más utilizados^{5,13}, consta de 38 ítems agrupados en 8 subescalas o dominios, y sería menos sensible que el SF-36 en pacientes con enfermedad poco avanzada⁵. Recientemente se ha evaluado el análisis de la CVRS en pacientes con cirrosis mediante tests computarizados adaptativos, como el Patient Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS) (www.nihpromis.org), con resultados satisfactorios¹⁹.

Estos métodos son instrumentos dinámicos, fáciles de aplicar, no requieren la participación de personal asistencial, ya que son realizados *online* por el propio paciente, se pueden ajustar a las características individuales de cada paciente y son más aceptados por los pacientes que los tests clásicos. Sin embargo, no sabemos que hayan sido validados para la población española.

Cuestionarios específicos. El Chronic Liver Disease Questionnaire (CLDQ) se diseñó específicamente para evaluar la CVRS en los pacientes con hepatopatía crónica^{15,16}. Consta de 29 ítems agrupados en 6 dominios. La puntuación va de 1 a 7 y se puede calcular una puntuación global, también de 1 a 7, siendo los valores más altos indicativos de mejor CV. Sin embargo es poco sensible en estadios avanzados de la enfermedad⁵. El Liver Disease Quality of Life Questionnaire (LDQOL) es otro cuestionario específico para pacientes con hepatopatía que incluye el SF-36 más 76 ítems adicionales, resultando en 12 dominios. Es un test muy largo y, por tanto, de difícil aplicación⁵. Se ha diseñado una forma corta de este cuestionario que incluye el SF-36 y sólo 9 ítems más^{5,6}. El National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDK) Liver Transplant Database (LTD) es un cuestionario específicamente diseñado para valorar los cambios en CVRS tras el trasplante hepático²⁰.

En resumen, los cuestionarios más utilizados para evaluar la CVRS en los pacientes con cirrosis son los generales, especialmente el SF-36, mientras que los específicos son menos usados, siendo el CLDQ uno de los más empleados. Hay versiones validadas para la población española de la mayoría de los cuestionarios²¹⁻²³ (<http://bibliopro.imim.es/BiblioPRO.asp>). Hay que destacar que estos cuestionarios son básicamente herramientas para la investigación y que, por ahora, tienen poca implantación en la práctica clínica diaria.

Calidad de vida en los pacientes con cirrosis

Diversos estudios han demostrado que los pacientes con cirrosis presentan una CVRS peor que la población sana¹³⁻²⁰. Este deterioro en la CVRS no parece depender de la etiología de la cirrosis^{13,24}, si bien algunos estudios han observado mejor CVRS en pacientes con cirrosis de etiología alcohólica abstinentes que en pacientes con cirrosis de otras etiologías¹⁵. Los estudios que han evaluado sólo pacientes con infección por virus de la hepatitis C (VHC) han demostrado que los pacientes con hepatitis crónica presentan peor CVRS que los controles sanos^{14,25,26} y mejor que los pacientes con cirrosis^{14,25}.

Como sería esperable, los pacientes con cirrosis descompensada muestran peor CVRS que los pacientes con cirrosis compensada^{14,24} y la CVRS se deteriora de forma paralela a la función hepática^{13,16}, si bien este paralelismo no ha sido observado por otros autores¹⁵, tal vez debido a las diferentes características de las poblaciones estudiadas⁵. Además, mientras que la clasificación Child-Pugh se correlaciona con la CVRS, la puntuación MELD no parece tener relación²⁷, probablemente porque la ascitis y la encefalopatía son factores especialmente asociados a una peor CVRS^{15,27}.

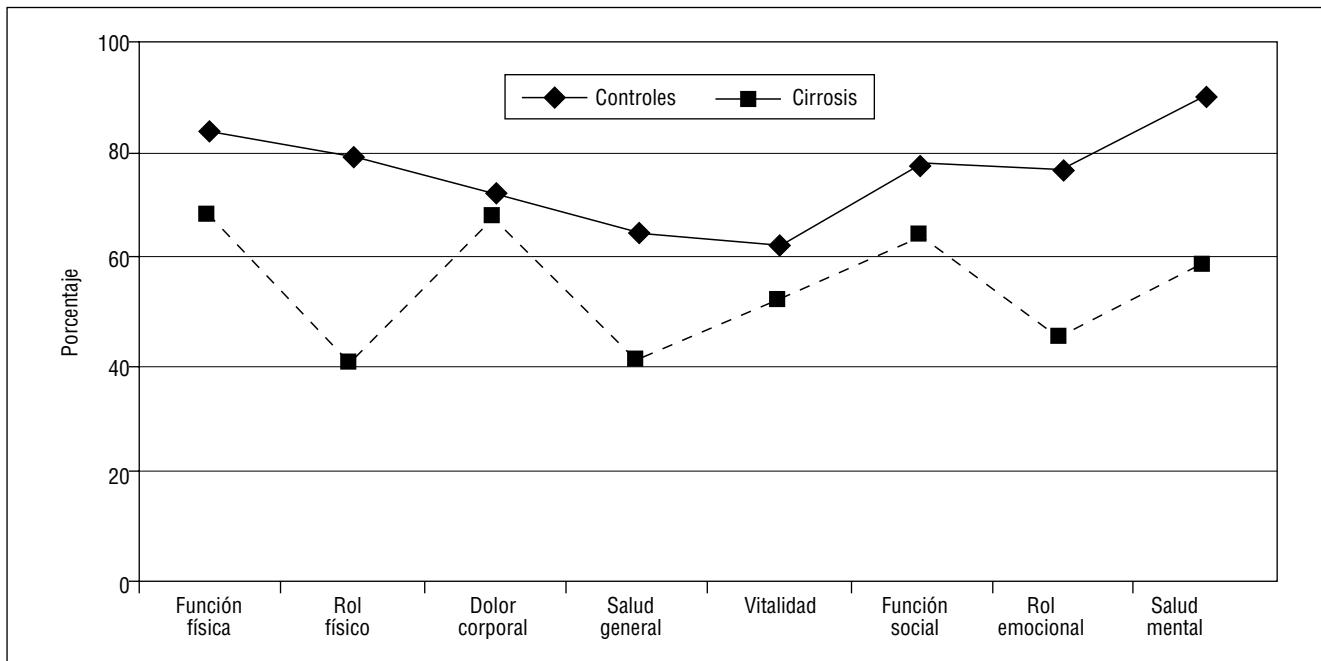


Figura 1 Diferencias en los diferentes dominios del SF-36 entre controles y pacientes con cirrosis; $p < 0,05$ en todos los dominios excepto en dolor corporal. Datos de Marchesini et al¹³.

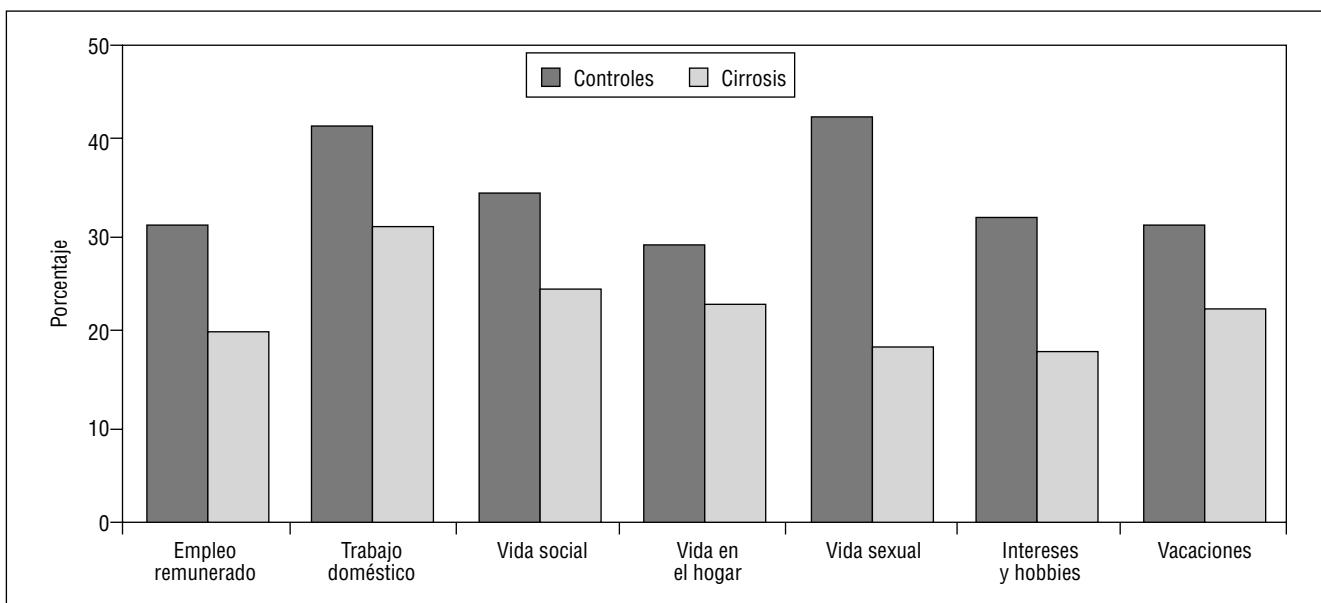


Figura 2 Aspectos de la vida diaria evaluados mediante el Nottingham Health Profile (NHP) Parte III en controles y pacientes con cirrosis; $p < 0,001$ en todos los aspectos. Datos de Marchesini et al¹³.

Al evaluar qué dominios de la CVRS son los más afectados por la cirrosis, la mayor parte de estudios demuestra una menor CVRS que los controles en la mayoría de los dominios^{13,20} con excepción del dolor^{13,24} (fig. 1). Respecto a las actividades de la vida diaria, en el estudio de Marchesini¹³ todos los aspectos evaluados (laboral, trabajo del hogar, vida social y familiar, ocio y vida sexual) se vieron alterados respecto a los controles (fig. 2).

¿Por qué presentan peor calidad de vida los pacientes con cirrosis?

Una dificultad importante en el estudio de la CVRS en los pacientes con enfermedades crónicas es su carácter multifactorial, hecho especialmente relevante en el caso de la cirrosis. En la tabla 2 se puede observar una lista de algunos de los principales factores que se han asociado al deterioro

de la CVRS en los pacientes con cirrosis. Como ya se ha comentado anteriormente, la interrelación entre algunos de estos diferentes factores (p. ej., la cirrosis y el alcoholismo pueden producir deterioro cognitivo, y tanto la cirrosis como el deterioro cognitivo y el alcoholismo pueden disminuir la interacción social) y la concurrencia de otros factores ajenos a la cirrosis, como comorbilidades o variables demográficas o ambientales, hacen todavía más complejo el análisis de la CVRS en estos pacientes^{1,12}. Efectivamente, la edad más avanzada, el sexo femenino y las comorbilidades son factores asociados a peor CVRS en pacientes con cirrosis^{4,15,16}.

Como en otras enfermedades crónicas, los pacientes con cirrosis descompensada precisan ingresos hospitalarios y diversos procedimientos agresivos durante las descompensaciones. Además, este hecho tiene consecuencias sociofamiliares y laborales que contribuyen a deteriorar la CVRS. Por otra parte, la cirrosis es una enfermedad con un estado proinflamatorio crónico que, entre otras muchas consecuencias, puede favorecer la astenia de estos pacientes²⁸. La malnutrición, la hipoalbuminemia y la sarcopenia tienen un origen multifactorial (dietas inadecuadas, alcoholismo, estado proinflamatorio, insuficiencia hepática) y se pueden asociar a peor CVRS¹⁵. Las comorbilidades son a menudo poco consideradas en los estudios sobre CVRS, pero se ha observado que tanto las comorbilidades psiquiátricas como las médicas pueden ser un factor más importante que el grado de la insuficiencia hepática en el deterioro de la CVRS en pacientes con cirrosis⁴.

Otros factores están más relacionados con la causa de la cirrosis. En este sentido destaca la importancia del alcoholismo, con todas sus consecuencias cognitivas, psiquiátricas, familiares, sociales, laborales y nutricionales, cuyo impacto negativo sobre la CVRS ha sido ampliamente descrito^{12,24}. La infección por VHC, aun en ausencia de cirrosis, se asocia a un deterioro de la CVRS. Los pacientes con infección crónica por VHC presentan con frecuencia astenia, depresión, disfunción cognitiva o problemas sexuales^{14,17,24,29}. Los potenciales mecanismos implicados incluyen la respuesta inflamatoria, los efectos directos del VHC sobre el sistema nervioso central, comorbilidades del ámbito psiquiátrico relacionadas con una enfermedad infecciosa crónica de potencial gravedad y los efectos secundarios del tratamiento antiviral^{5,14,20,21,24-26,29,30}. La infección por el virus de la hepatitis B aparentemente produciría menos afectación de la CVRS que el VHC²⁹, hecho no observado por otros autores¹⁷.

Finalmente, los pacientes con cirrosis, especialmente secundaria a enfermedades colostásicas, sufren con frecuencia prurito de difícil control, y el prurito es uno de los factores asociados a una peor CVRS¹³.

Los pacientes con cirrosis también pueden presentar deterioro de su CVRS por factores más específicos de su enfermedad. Las descompensaciones previas (ascitis, encefalopatía, hemorragia digestiva)^{14,27}, la presencia de ascitis¹⁵, la hiponatremia³¹ o la anemia¹⁵ se han asociado a peor CVRS, probablemente por motivos diversos e interrelacionados, entre los que destacarían una insuficiencia hepática más avanzada, una mayor respuesta inflamatoria, el deterioro cognitivo, la astenia y las limitaciones en las actividades de la vida diaria, así como factores psicológicos y los efectos secundarios de los tratamientos (v. más adelante).

Tabla 2 Factores asociados al deterioro de la calidad de vida en la cirrosis

Comunes a otras enfermedades crónicas

Ingresos hospitalarios por descompensación, instrumentalización

Aspectos psicosociales y laborales

Estado proinflamatorio: astenia

Malnutrición, hipoalbuminemia, sarcopenia

Comorbilidades

Específicos de la etiología

Alcoholismo: deterioro cognitivo, aspectos psicosociales y nutricionales

Virus hepatitis C: efectos sobre el sistema nervioso central, depresión, astenia

Enfermedades colostásicas: prurito

Característicos de la cirrosis

Síntomas: calambres, disfunción eréctil

Disfunción cognitiva: encefalopatía hepática, encefalopatía hepática mínima, accidentes de tráfico, caídas

Ascitis

Hiponatremia

Anemia

Malnutrición, hipoalbuminemia

Tratamiento farmacológico

Disacáridos no absorbibles

Diuréticos

Betablockantes

Tratamientos antivirales

Psicofármacos

En el estudio de Marchesini, la presencia de calambres fue el factor más claramente asociado a una peor CVRS¹³. Si bien pueden ser secundarios a alteraciones electrolíticas, más de un 80% de los pacientes con cirrosis y sin dichas alteraciones presentarían calambres³². Son descritos como muy dolorosos por la mayoría de pacientes, en más del 50% ocurren más de una vez por semana y afectan especialmente al área gemelar³². No se relacionan con la etiología, tratamiento diurético o grado de insuficiencia hepática³³, pero sí con la presencia de ascitis y un mayor deterioro hemodinámico (menor presión arterial media y mayor actividad de la renina plasmática)³⁴.

La astenia es un síntoma muy frecuente en los pacientes con cirrosis^{4,5,28,35,36} y se relaciona con la severidad de la insuficiencia hepática³⁶. Puede ser secundaria a factores psicológicos (ansiedad, depresión)³⁶, a la causa de la cirrosis (VHC, cirrosis biliar primaria), a alteraciones en el metabolismo de la serotonina³⁵ o a las consecuencias del estado proinflamatorio característico de la cirrosis sobre el cerebro y la musculatura²⁸. Otros factores relacionados con la astenia son la anemia, la insuficiencia renal y los valores bajos de cortisol³⁶.

Los trastornos en la actividad sexual y especialmente la disfunción eréctil son un factor importante en el deterioro

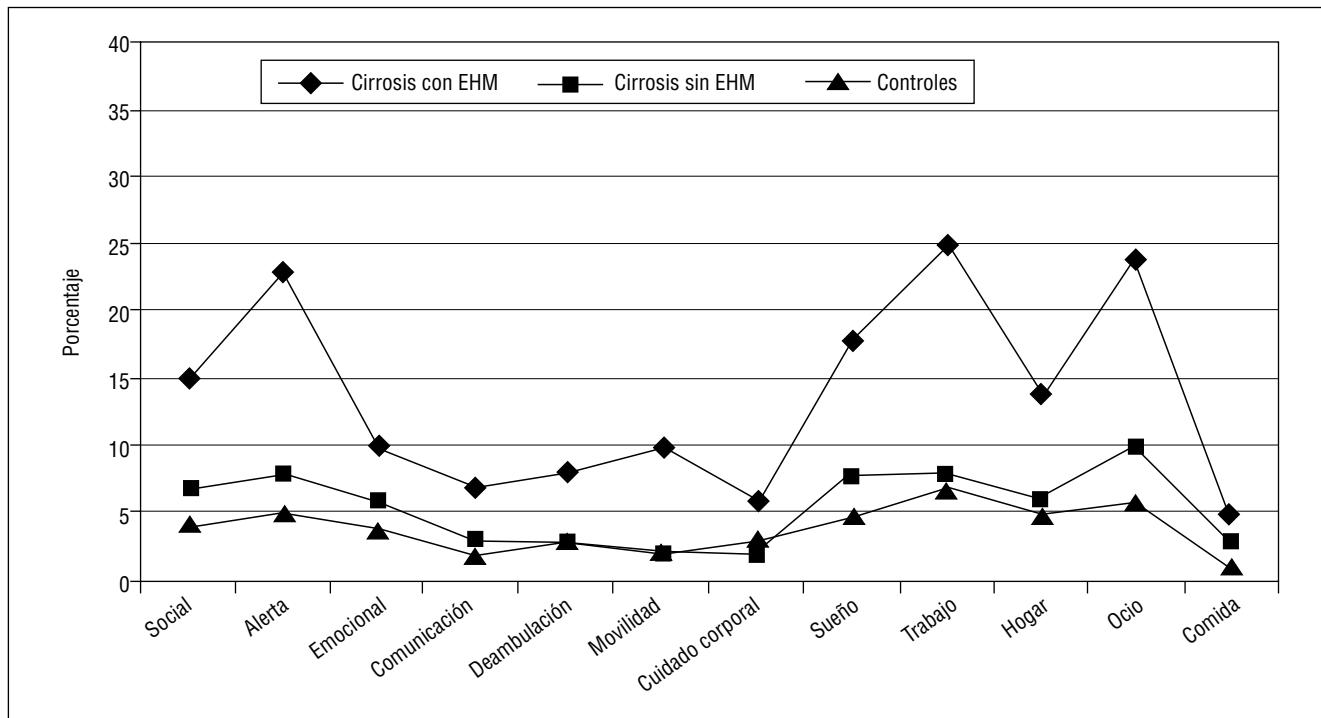


Figura 3 Puntuaciones medias en los diferentes dominios del Sickness Impact Profile (SIP) en pacientes con cirrosis y encefalopatía hepática mínima (EHM), pacientes con cirrosis sin EHM y población de referencia. Puntuaciones más altas indican peor calidad de vida; $p \leq 0,01$ entre pacientes con cirrosis y EHM y pacientes con cirrosis sin EHM en todos los dominios. Datos de Groeneweg et al¹⁸.

de la CVRS en los pacientes con cirrosis^{13,37-40}. En el estudio de Marchesini¹³, la vida sexual fue el aspecto de la vida diaria más afectado en pacientes cirróticos en relación con los controles (fig. 2). Más del 50% de los varones con cirrosis presentaría disfunción eréctil, siendo más frecuente al aumentar la edad³⁹ y progresar la insuficiencia hepática^{37,40}. Las causas suelen ser complejas, incluyendo la etiología de la cirrosis (alcohol, VHC), la malnutrición, la disminución en los valores de testosterona y el aumento de los estrógenos, las comorbilidades (tabaquismo, diabetes, enfermedad cardiovascular), los efectos de los tratamientos (antivirales, betabloqueantes, espironolactona, inmunosupresores) y aspectos psicológicos³⁷⁻⁴⁰. El trasplante hepático se acompaña de mejoría de la disfunción eréctil en algunos pacientes pero aparece en otros, de forma que globalmente la incidencia no varía significativamente^{38,39}. La colocación de un TIPS se ha asociado a un aumento de los valores plasmáticos de estrógenos y de la incidencia de disfunción eréctil⁴¹. Las alteraciones en la vida sexual de las mujeres con cirrosis han sido poco estudiadas³⁹, aunque presentan disfunción sexual con mayor frecuencia que los varones³⁹. El trasplante parece ejercer un efecto más claramente positivo en las mujeres que en los varones³⁸. Sin duda, la alteración en la vida sexual es un problema infravalorado en gran parte por el tabú que representa, tanto para los pacientes como para muchos profesionales sanitarios³⁸.

Los pacientes con cirrosis presentan con frecuencia disfunción cognitiva en un espectro de severidad variable, que va desde la encefalopatía hepática mínima (EHM) hasta el coma. El deterioro cognitivo (determinado mediante tests neuropsi-

cológicos o neurofisiológicos) en pacientes sin signos evidentes de encefalopatía aguda o crónica, se ha demostrado que está asociado a peor CVRS^{15,18}. Es interesante observar cómo este deterioro cognitivo subclínico o EHM no afecta a todos los dominios de la CVRS por igual. Efectivamente, en el estudio de Groeneweg¹⁸ que comparaba la CVRS en pacientes con y sin EHM, los pacientes con EHM presentaban peores puntuaciones, especialmente en dominios como el grado de alerta, relaciones sociales, esfera laboral y ocio, mientras que otros dominios más primarios como comer, cuidado del cuerpo o deambulación estaban menos afectados (fig. 3). Este hallazgo es coherente con el hecho de que este deterioro cognitivo subclínico no es detectable durante una conversación o una exploración clínica estándar. El papel del deterioro cognitivo es un ejemplo de las limitaciones comentadas anteriormente en el estudio de la CVRS. Efectivamente, la cirrosis puede producir deterioro cognitivo, y tanto éste como la cirrosis pueden disminuir la CVRS, siendo difícil diferenciar los efectos de cada uno de ellos¹.

El deterioro cognitivo subclínico se ha asociado a otras dificultades en las actividades de la vida diaria, como un mayor riesgo de accidentes de tráfico⁴² y una mayor incidencia de caídas accidentales^{43,44}. En un estudio retrospectivo se ha observado una mayor incidencia de caídas durante el año previo en los pacientes con deterioro cognitivo evaluado mediante el Psychometric Hepatic Encephalopathy Score (PHES) que en los pacientes sin deterioro cognitivo⁴³. En otro estudio prospectivo se ha demostrado que los pacientes con PHES alterado tenían una probabilidad de presentar caídas del 52% al año de seguimiento, un 10% pre-

sentó fracturas y un 25% precisó atención hospitalaria por caídas⁴⁴. Las caídas y sus consecuencias en los pacientes con cirrosis son una causa de complicaciones y mortalidad, llevan un elevado coste sociofamiliar y económico, y deterioran la CVRS^{43,44}. El parkinsonismo leve que presenta hasta un 50% de los pacientes con cirrosis, además de su posible implicación en el riesgo de caídas se ha asociado con una peor CVRS⁴⁵.

Finalmente, los efectos secundarios de diversos tratamientos como diuréticos¹⁴, betabloqueantes¹⁴, lactulosa⁴⁶, inmunosupresores^{6,20,38}, antivirales^{5,37} o psicofármacos⁴³ constituyen un factor que puede empeorar la CVRS de estos pacientes.

¿Cómo mejorar la calidad de vida relacionada con la salud en la cirrosis? (tabla 3)

El trasplante hepático cura la cirrosis. Por tanto, es esperable una mejoría en la CVRS tras el trasplante, como han demostrado diversos estudios^{6,20}. Sin embargo, el paciente transplantado sufre una cirugía agresiva, en ocasiones un postoperatorio complicado, puede presentar enfermedad hepática recurrente y, generalmente, debe someterse a tratamiento inmunsupresor crónico. Todo ello puede repercutir en una menor CVRS que en la población general⁶. La astenia mejora tras el trasplante, pero no alcanza los niveles de la población sana³⁶.

Sin duda, el tratamiento adecuado y la prevención de las complicaciones pueden mejorar la CVRS en los pacientes con cirrosis, como se ha observado con el tratamiento con rifaximina en pacientes con encefalopatía recurrente⁴⁷. El TIPS y las paracentesis evacuadoras han mostrado un efecto similar sobre la CVRS en pacientes con ascitis refractaria⁴⁸, mientras que la ligadura endoscópica como profilaxis primaria de hemorragia tendría un efecto más positivo sobre la CVRS que los betabloqueantes⁴⁹.

El mantenimiento del estado nutricional mediante una dieta adecuada y suplementos de aminoácidos ramificados⁵⁰, y el ejercicio físico para mejorar la sarcopenia, la astenia y la capacidad funcional de estos pacientes⁵¹ han demostrado un efecto positivo sobre su CVRS. Tal vez, el tratamiento de la traslocación bacteriana podría disminuir el estado proinflamatorio característico de la cirrosis y, en consecuencia, mejorar la astenia²⁸.

Respecto a la etiología de la cirrosis, diversos estudios han demostrado que la abstinencia de alcohol mejora la CVRS en los pacientes alcohólicos⁵² y que la respuesta viral sostenida después del tratamiento antiviral frente al VHC se asocia a un aumento en la CVRS^{25,26} y la salud sexual²⁵.

El control adecuado del prurito puede también repercutir en una mejor CVRS^{13,53}. No hay un tratamiento establecido de los calambres. Lógicamente, en caso de existir trastornos electrolíticos deben corregirse. Se han descrito resultados favorables mediante la administración de albúmina intravenosa³⁴, vitamina E oral (200 mg/8 h)³², quinina o quinidina⁵⁴ o suplementos de cinc (sulfato de cinc 220 mg/12 h)³². La quinina o quinidina debe administrarse con precaución debido a sus posibles efectos secundarios cardíacos y gastrointestinales^{32,54}, mientras que la vitamina E y el cinc apenas presentan efectos indeseables.

Tabla 3 Medidas que pueden mejorar la calidad de vida en la cirrosis

Trasplante hepático
Tratamiento y prevención de las complicaciones
Tratamiento de la traslocación bacteriana y el estado proinflamatorio
Mantener el estado nutricional
Suplementos de aminoácidos ramificados
Ejercicio
Abstinencia de alcohol
Tratamiento antiviral efectivo
Control del prurito
Tratamiento de los calambres
Tratamiento de la disfunción eréctil
Tratamiento del deterioro cognitivo
Prevención de las caídas
Tratamiento de la anemia y la hiponatremia
Manejo racional de los fármacos (antivirales, diuréticos, betabloqueantes, disacáridos no absorbibles, psicofármacos)
Apoyo psicológico y social

No se dispone de unas recomendaciones claras en el tratamiento de la disfunción eréctil en la cirrosis. Se ha destacado la importancia de la terapia de pareja, mientras que el tratamiento con andrógenos suele ser poco eficaz³⁷. Es importante incidir sobre las comorbilidades (enolismo, sobrepeso, tabaquismo) y los aspectos psicológicos³⁷⁻⁴⁰. Respecto a los inhibidores de la fosfodiesterasa-5 (sildenafil, tadalafil y vardenafil), pueden disminuir la presión arterial media en pacientes con cirrosis compensada^{55,56} y pueden empeorar la hemodinámica sistémica y la función renal en pacientes con cirrosis descompensada⁵⁷. Por ello se deben utilizar con precaución y ajustando las dosis. En todo caso están contraindicados en los pacientes que toman nitratos concomitantemente por el riesgo de hipotensión severa. Teóricamente podría ser más seguro utilizar tadalafil que sildenafil debido a que tiene un menor metabolismo hepático³⁷. Los inhibidores de la fosfodiesterasa-5 se pueden utilizar en pacientes con trasplante hepático³⁸.

Se ha demostrado que la CVRS mejora con el tratamiento del deterioro cognitivo asociado a la cirrosis mediante disacáridos no absorbibles^{58,59}, probióticos⁵⁹ o rifaximina⁴⁷. La prevención de las caídas mediante ejercicio, suplementos de vitamina D o intervenciones multifactoriales (incluyendo precauciones en la vida diaria)⁴³ puede contribuir a mejorar la CVRS en la cirrosis.

El tratamiento de la anemia multifactorial¹⁵ y la hiponatremia mediante acuaréticos³¹ y el uso racional de los fármacos que pueden empeorar la CVRS de estos pacientes (diuréticos, betabloqueantes, antivirales, psicofármacos, disacáridos no absorbibles)^{14,37,38,43,46} son otras medidas interesantes para mejorar su CVRS.

Finalmente, dado que los aspectos psicológicos y sociales son muy importantes en el deterioro de la CVRS en la cirrosis^{4,5}, es importante proporcionar el apoyo necesario por parte de psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales.

Calidad de vida relacionada con la salud en la práctica clínica

Después de revisar las diferentes herramientas para medir la CVRS en los pacientes con cirrosis y de analizar cómo podemos mejorar su CVRS, nos planteamos las siguientes preguntas: ¿qué importancia tienen los estudios comentados anteriormente en la práctica clínica diaria?, ¿nos preocupa realmente a los profesionales la CVRS de los pacientes con cirrosis?, ¿pretendemos mejorarla?, ¿el funcionamiento de nuestro sistema sanitario permite que nos ocupemos adecuadamente de la CVRS de los pacientes?

Mejorar la CVRS de los pacientes con cirrosis implica una serie de requisitos indispensables. En primer lugar, escuchar de forma activa a los pacientes para conocer sus expectativas y su valoración de las propias limitaciones. En segundo lugar, considerar al paciente de forma global y no como un “mosaico” de diferentes dominios, si bien la evaluación sistemática de éstos puede ser una herramienta útil para identificar los ámbitos que más puedan beneficiarse de nuestras actuaciones. Finalmente, las medidas dirigidas a mejorar la CVRS deben planificarse también de forma global e idealmente con la participación de un amplio equipo multidisciplinar. Puesto que la disponibilidad de un equipo de estas características es limitada, sería necesario al menos contar con más tiempo en la atención a cada paciente por parte del equipo asistencial. Sin embargo, la demanda y la presión asistenciales de nuestro actual sistema sanitario constituyen un obstáculo importante⁵. La implementación de tests computarizados adaptativos, como el PROMIS, puede ser de gran utilidad, ya que además de permitir ajustar los tests a las características de cada paciente puede disminuir el tiempo y el personal necesarios para la valoración de la CVRS¹⁹. Desde luego, la aplicación de estos métodos no obvia la discusión posterior de los resultados del test con el paciente para valorar conjuntamente cómo podemos mejorar su CVRS.

Sin embargo, el punto más importante es que en nuestro sistema de profesionales superespecializados nos intereseamos realmente por la CVRS del paciente, lo cual supone en muchos casos la necesidad de un replanteamiento de las actitudes⁵. Concienciar a los profesionales de la importancia de la CVRS, informar de los instrumentos adecuados para valorarla y reorganizar la asistencia sanitaria puede contribuir a mejorar la CVRS de los pacientes con cirrosis.

Bibliografía

1. Amodio P. Health-related quality of life and minimal hepatic encephalopathy: It is time to insert “quality” in health care. *J Clin Gastroenterol.* 2008;24:329-30.
2. De Franchis R. Endoscopy critics vs. endoscopy enthusiasts for primary prophylaxis of variceal bleeding. *Hepatology.* 2006;43:24-6.
3. Spinzi G, Tereni N. Health-related quality of life and sorafenib. *Hepatology.* 2010;52:1523.
4. Hauser W, Holtmann G, Grande D. Determinants of health-related quality of life in patients with chronic liver diseases. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2004;2:157-63.
5. Gutteling JJ, De Man RA, Busschbach JJV, et al. Overview of research on health-related quality of life in patients with chronic liver disease. *Neth J Med.* 2007;65:227-34.
6. Jay CL, Butt Z, Ladner DP, et al. A review of life instruments used in liver transplantation. *J Hepatol.* 2009;51:949-59.
7. Taminiau-Bloem EF, Visser MRM, Tishelman C, et al. Somatically ill persons' self-nominated quality of life domains: review of the literature and guidelines for future studies. *Qual Life Res.* 2010;19:253-91.
8. Constitution of World Health Organization (WHO). World Health Organization. 1948.
9. The World Health Organization Quality of Life Assessment Group (WHOQOL). Position Paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995;41:1403-9.
10. Kanwal F, Gralnek IM, Hays RD, et al. Health-related quality of life predicts mortality in patients with advanced chronic liver disease. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2009;7:793-9.
11. Liu R, Page M, Solheim K, et al. Quality of life in adults with brain tumors: current knowledge and future directions. *Neuro-Oncology.* 2009;11:330-9.
12. Paparrigopoulos T, Tzavellas E, Karaikos D, et al. Should impaired liver function be held responsible for cognitive impairment and poor health-related quality of life in alcoholic cirrhosis? *Hepatology.* 2007;46:950-1.
13. Marchesini G, Bianchi G, Amodio P, et al. Factors associated with poor health-related quality of life of patients with cirrhosis. *Gastroenterology.* 2001;120:170-8.
14. Córdoba J, Flavio M, Jacas C, et al. Quality of life and cognitive function in hepatitis C at different stages of liver disease. *J Hepatol.* 2003;39:231-8.
15. Les I, Doval E, Flavio M, et al. Quality of life in cirrhosis is related to potentially treatable factors. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2009;22:221-7.
16. Younossi ZM, Boparai N, Price LL, et al. Health-related quality of life in chronic liver disease: the impact of type and severity of disease. *Am J Gastroenterol.* 2001;96:2199-205.
17. Svirtlih N, Pavic S, Terzic D, et al. Reduced quality of life in patients with chronic viral liver disease assessed by SF12 questionnaire. *J Gastrointestin Liver Dis.* 2008;17:405-9.
18. Groeneweg M, Quero JC, De Brujin I, et al. Subclinical hepatic encephalopathy impairs daily functioning. *Hepatology.* 1998;28:45-9.
19. Bajaj JS, Thacker LR, Wade JB, et al. PROMIS computerised adaptive tests are dynamic instruments to measure health-related quality of life in patients with cirrhosis. *Aliment Pharmacol Ther.* 2011;34:1123-32.
20. Belle SH, Porayko MK, Hoofnagle JH, et al. Changes in quality of life after liver transplantation among adults. *Liver Transplant Surg.* 1997;3:93-104.
21. Alonso J, Prieto L, Antó JM. The Spanish version of the SF-36 Health Survey (the SF-36 health questionnaire): an instrument for measuring clinical results. *Med Clin (Barc).* 1995;104:771-6.
22. Ferrer M, Córdoba J, Carín O, et al. Validity of the Spanish version of the Chronic Liver Disease Questionnaire (CLDQ) as a Standard outcome for quality of life assessment. *Liver Transplant.* 2006;12:95-104.
23. Casanovas T, Jané L, Herdman M, et al. Validation of the Spanish version of the liver disease quality of life instrument among candidates for liver transplant. *Transplant Proc.* 2007;39:2274-7.
24. Björnsson E, Verbaan H, Oksanen A, et al. Health-related quality of life in patients with different stages of liver disease induced by hepatitis C. *Scand J Gastroenterol.* 2009;44:878-87.
25. Bonkovsky HL, Snow KK, Malet PF, et al. Health-related quality of life in patients with chronic hepatitis C and advanced fibrosis. *J Hepatol.* 2007;46:420-31.

26. Spiegel BMR, Younossi ZM, Hays RD, et al. Impact of hepatitis C on health related quality of life: a systematic review and quantitative assessment. *Hepatology*. 2005;41:790-800.
27. Saab S, Ibrahim AB, Shpaner A, et al. MELD fails to measure quality of life in liver transplant candidates. *Liver Transplant*. 2005;11:218-23.
28. Albillas A, Muñoz L, Nieto M, et al. Systemic effects of TNF- α secreted by circulating monocytes and fatigue in cirrhosis. *Hepatology*. 2006;43:1399.
29. Foster GR, Goldin RD, Thomas HC. Chronic hepatitis C virus infection causes a significant reduction in quality of life in the absence of cirrhosis. *Hepatology*. 1998;27:209-12.
30. Senzolo M, Schiff S, D'Aloiso CM, et al. Neuropsychological alterations in hepatitis C infection: the role of inflammation. *World J Gastroenterol*. 2011;17:3369-74.
31. Ginès P, Wong F, Smadja-Lew E, et al. Hyponatremia: a major determinant of impaired health-related quality of life in cirrhosis with ascites [abstract]. *Hepatology*. 2007;46 Suppl 1:567A.
32. Kugelmas M. Preliminary observation: oral zinc sulphate replacement is effective in treating muscle cramps in cirrhotic patients. *J Am Coll Nutr*. 2000;19:13-5.
33. Abrams GA, Cocato J, Fallon MB. Muscle cramps in patients with cirrhosis. *Am J Gastroenterol*. 1996;7:1363-6.
34. Angeli P, Albino G, Carrazzo P, et al. Cirrhosis and muscle cramps: evidence of a casual relationship. *Hepatology*. 1996;23:264-73.
35. Jones EA. Fatigue complicating chronic liver disease. *Metab Brain Dis*. 2004;19:421-9.
36. Kalaitzakis E, Josefsson A, Castedal M, et al. Factors related to fatigue in patients with cirrhosis before and after liver transplantation. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2011;doi:10.1016/j.cgh.2011.07.029.
37. Durazzo M, Premoli A, Di Bisceglie C, et al. Male sexual disturbances in liver diseases: What do we know? *J Endocrinol Invest*. 2010;33:501-5.
38. Burra P, Germani G, Masier A, et al. Sexual dysfunction in chronic liver disease: is liver transplantation an effective cure? *Transplantation*. 2010;89:1425-9.
39. Sorrell JH, Brown JR. Sexual functioning in patients with end-stage liver disease before and after transplantation. *Liver Transp*. 2006;12:1473-7.
40. Huyghe E, Kamar N, Wagner F, et al. Erectile dysfunction in end-stage liver disease men. *J Sex Med*. 2009;6:1395-401.
41. Nolte W, Schindler CG, Figulla HR, et al. Increase of serum estradiol in cirrhotic men treated with transjugular intrahepatic portosystemic stent shunt: *J Hepatol*. 2001;34:818-24.
42. Bajaj JS, Saeian K, Schubert CM, et al. Minimal hepatic encephalopathy is associated with motor vehicle crashes: the reality beyond the driving test. *Hepatology*. 2009;50:1175-83.
43. Román E, Córdoba J, Torrens M, et al. Minimal hepatic encephalopathy is associated with falls. *Am J Gastroenterol*. 2011;106:476-82.
44. Román E, Soriano G, Córdoba J, et al. Minimal hepatic encephalopathy: predictive factor of falls in patients with cirrhosis [abstract]. Prospective study. *J Hepatol*. 2011;54 Suppl 1: S49.
45. Jover R, Compañy L, Gutiérrez A, et al. Clinical significance of extrapyramidal signs in patients with cirrhosis. *J Hepatol*. 2005;42:659-65.
46. Kalaitzakis E, Björnsson E. Lactulose treatment for hepatic encephalopathy, gastrointestinal symptoms, and health-related quality of life. *Hepatology*. 2007;46:949-50.
47. Sanyal A, Younossi ZM, Bass NM, et al. Randomised clinical trial: rifaximin improves health-related quality of life in cirrhotic patients with hepatic encephalopathy - a double-blind placebo-controlled study. *Aliment Pharmacol Ther*. 2011;34:853-61.
48. Campbell MS, Brensinger CM, Sanyal AJ, et al. Quality of life in refractory ascites: transjugular intrahepatic portal-systemic shunting versus medical therapy. *Hepatology*. 2005;42:635-40.
49. Imperiale TF, Klein RW, Chalasani N. Cost-effectiveness analysis of variceal ligation vs. beta-blockers for primary prevention of variceal bleeding. *Hepatology*. 2007;45:870-8.
50. Kawaguchi T, Izumi N, Charlton MR, et al. Branched-chain amino acids as pharmacological nutrients in chronic liver disease. *Hepatology*. 2011;doi:10.1002/hep.24412.
51. Soriano G, Román E, Torrades MT, et al. Impact of an exercise programme on quality of life, effort tolerance and muscle mass in patients with cirrhosis [abstract]. *J Hepatol*. 2011;54 Suppl 1:S81.
52. Foster JH, Powell JE, Marshall EJ, et al. Quality of life in alcohol-dependent subjects - a review. *Qual Life Res*. 1999;8:255-61.
53. Kremer AE, Beuers U, Oude-Eggerink RP, et al. Pathogenesis and treatment of pruritus in cholestasis. *Drugs*. 2008;68:2163-82.
54. Lee FY, Lee SD, Tsai YT, et al. A randomized controlled trial of quinidine in the treatment of cirrhotic patients with muscle cramps. *J Hepatol*. 1991;12:236-40.
55. Kalambokis G, Kosta P, Pappas K, et al. Haemodynamic and renal effects of tadalafil in patients with cirrhosis. *World J Gastroenterol*. 2010;16:5009-10.
56. Tandon P, Inayat I, Tal M, et al. Sildenafil has no effect on portal pressure but lowers arterial pressure in patients with compensated cirrhosis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2010;8:546-9.
57. Thiesson HC, Jensen BL, Jespersen B, et al. Inhibition of cGMP-specific phosphodiesterase type 5 reduces sodium excretion and arterial blood pressure in patients with NaCl retention and ascites. *Am J Renal Physiol*. 2005;288:F1044-52.
58. Prasad S, Dhiman RK, Duseja A, et al. Lactulose improves cognitive functions and health-related quality of life in patients with cirrhosis who have minimal hepatic encephalopathy. *Hepatology*. 2007;45:549-59.
59. Mittal VV, Sharma BC, Sharma P, et al. A randomized controlled trial comparing lactulose, probiotics, and L-ornithine L-aspartate in treatment of minimal hepatic encephalopathy. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2011;23:725-32.