

# Cirrosis descompensada

La descompensación parte el pronóstico en dos. Todo gira en torno a una sola fuerza: la hipertensión portal – y hoy se trata para prevenirla.

Dr. David Rojas · Médico Internista Certificado ·  
@davidrojas\_medicinainterna

Basado en: EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis (J Hepatol 2018) · de Franchis R, et al. Baveno VII (J Hepatol 2022) · guías AGA 2025 y EASL de cirrosis descompensada (AGA Clinical Practice Update, Gastroenterology 2025;169:1547-1557).

- 01 Compensada vs descompensada
- 02 El motor: hipertensión portal
- 03 Pronóstico: Child-Pugh y MELD
- 04 Várices y profilaxis (Baveno VII)
- 05 Hemorragia variceal aguda
- 06 Ascitis
- 07 PBE
- 08 Síndrome hepatorenal-LRA
- 09 Encefalopatía y ACLF
- 10 Novedades (AGA 2025 · EASL)
- 11 Lo que sí funciona
- 12 Para llevar a la guardia

## 01 Compensada vs descompensada: el parteaguas

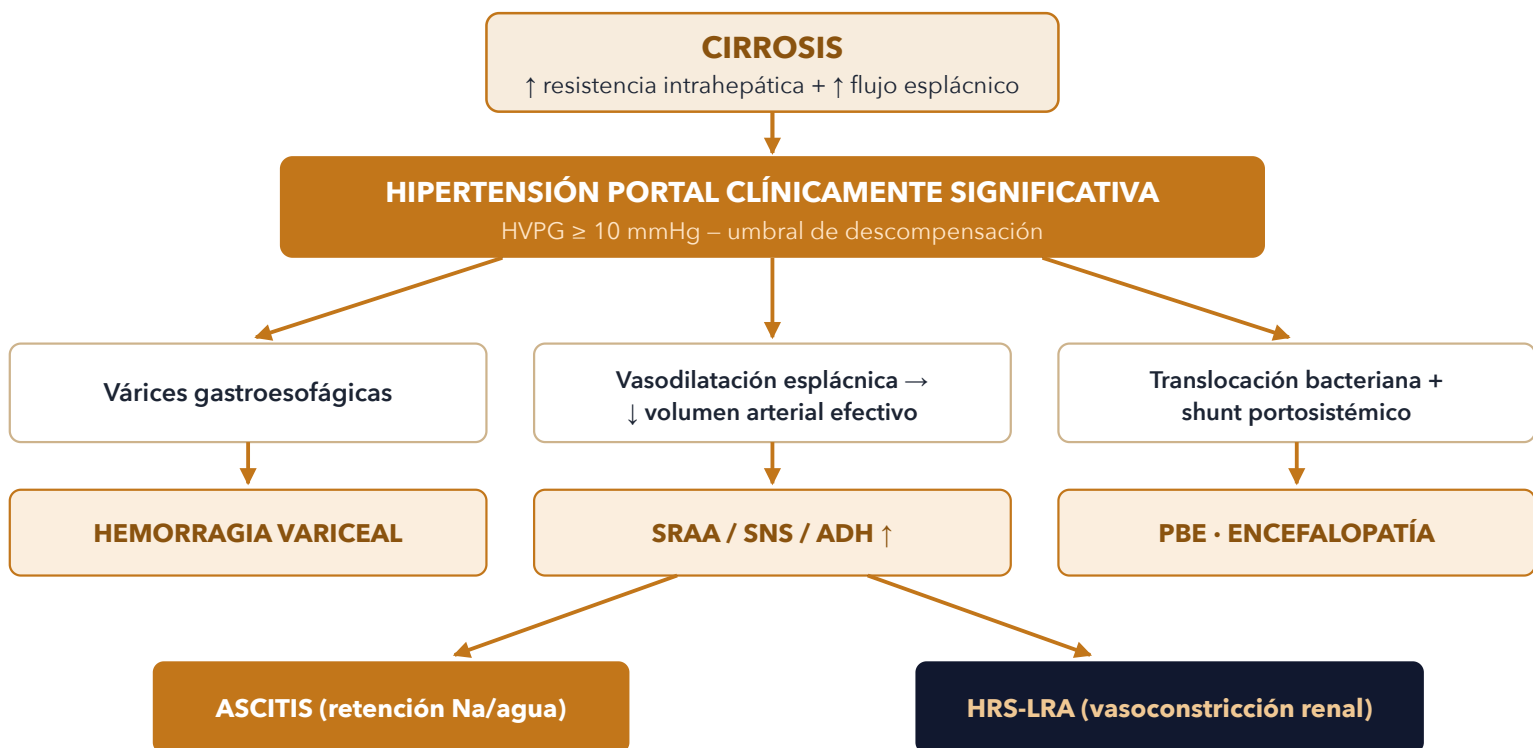
### CAJA DE DECISIÓN

La cirrosis **compensada** es asintomática y de supervivencia prolongada (mediana > 12 años). La **descompensación** –definida por **ascitis, hemorragia variceal, encefalopatía o ictericia**– marca un cambio brusco de pronóstico (mediana ~2 años). **La ascitis es la primera descompensación más frecuente.** Tu objetivo cambia: en compensada, **prevenir** la descompensación; en descompensada, **tratar la complicación y evaluar trasplante.**

Toda descompensación obliga a tres preguntas simultáneas: **¿qué la precipitó?** (infección, hemorragia, fármacos, trombosis portal, hepatocarcinoma), **¿hay falla orgánica?** (define ACLF) y **¿es candidato a trasplante?**

## 02 El motor de todo: la hipertensión portal

Casi todas las complicaciones nacen de la misma cascada. Entender el eje permite anticiparlas en vez de perseguirlas:



Una sola fuerza –la hipertensión portal– genera várices, ascitis, PBE, síndrome hepatorenal y encefalopatía.

### 03 Pronóstico: Child-Pugh y MELD

| Score                     | Qué mide y umbral de acción   |
|---------------------------|---|
| Child-Pugh                | Bilirrubina, albúmina, INR, ascitis y encefalopatía. <b>A 5-6 · B 7-9 · C 10-15</b> . Clase C = enfermedad avanzada.                  |
| MELD / MELD-Na / MELD 3.0 | Creatinina, bilirrubina, INR, sodio (± albúmina y sexo en 3.0). Predice <b>mortalidad a 90 días</b> y prioriza el <b>trasplante</b> . |

#### LO QUE CAMBIA LA PRÁCTICA

Ante la **primera descompensación**, calcula MELD y **refiere a evaluación de trasplante**: es el único tratamiento que modifica la historia natural. No esperes a la falla multiorgánica.

### 04 Várices y profilaxis primaria (Baveno VII)

La **HVPG  $\geq 10$  mmHg** (hipertensión portal clínicamente significativa) puede inferirse **sin medirla**: rigidez hepática por elastografía  $\geq 25$  kPa la confirma;  $\leq 15$  kPa con plaquetas  $\geq 150 000$  la descarta y evita la endoscopia de cribado.

#### REGLA BAVENO VII

En cirrosis compensada con hipertensión portal significativa, el **carvedilol** (betabloqueador no selectivo de elección) **previene la descompensación**, no solo el sangrado (ensayo PREDESCI). Para várices de alto riesgo: **carvedilol/NSBB o ligadura endoscópica** – el NSBB se prefiere porque también protege contra ascitis.

### 05 Hemorragia variceal aguda

| Pilar       | Conducta  |
|-------------|---|
| Transfusión | Restrictiva: meta <b>Hb 7-8 g/dL</b> ; transfundir de más aumenta la presión portal y el resangrado.          |
| Vasoactivo  | <b>Terlipresina</b> , somatostatina u octreótida <b>de inmediato</b> , antes de la endoscopia, por 2-5 días.  |
| Antibiótico | <b>Ceftriaxona 1 g/24 h</b> en TODOS: la profilaxis reduce infección, resangrado y <b>mortalidad</b> .        |
| Endoscopia  | En las primeras <b>&lt; 12 h</b> : <b>ligadura</b> de várices esofágicas (cianoacrilato en gástricas).        |
| TIPS precoz | <b>"Pre-emptive" en &lt; 72 h</b> (ideal < 24 h) en alto riesgo (Child C < 14 o Child B con sangrado activo). |

#### TRAMPA FRECUENTE

Reanimar con cristaloides y transfundir a metas altas "para estabilizar". En cirrosis eso **sube la presión portal y reactiva el sangrado**: reanimación restrictiva, vasoactivo y antibiótico desde el minuto cero.

### 06 Ascitis

Toda ascitis nueva exige **paracentesis diagnóstica**. El **gradiente albúmina suero-ascitis (GASA)  $\geq 1.1$  g/dL** confirma hipertensión portal. Manejo escalonado:

- **Restricción de sodio** < 2 g/día (88 mmol). La restricción de agua solo si **Na < 125 mEq/L**.
- **Diuréticos**: espironolactona ± furosemida en relación **100:40 mg**; titula por peso.
- **Paracentesis de gran volumen** (> 5 L) + **albúmina 8 g por litro extraído** para prevenir disfunción circulatoria.
- **Evita AINE, IECA/ARA-II y aminoglucósidos**: precipitan lesión renal.
- **Refractaria**: paracentesis seriadas o **TIPS**; revalora trasplante. Usa NSBB con cautela (suspéndelos si hay hipotensión o disfunción circulatoria).

### 07 Peritonitis bacteriana espontánea (PBE)

#### CAJA DE DECISIÓN

Diagnóstico = **polimorfonucleares  $\geq 250/\text{mm}^3$**  en líquido ascítico (no esperes el cultivo). Trata con **cefotaxima o ceftriaxona y añade albúmina (1.5 g/kg el día 1 y 1 g/kg el día 3)**: reduce el síndrome hepatorenal y la mortalidad, sobre todo con creatinina > 1 mg/dL o bilirrubina > 4 mg/dL.

Profilaxis con **norfloxacino** tras un episodio de PBE o en hemorragia variceal; considera profilaxis primaria si la proteína del líquido es baja con disfunción hepato-renal.

## 08 Síndrome hepatorenal-LRA

Es una **lesión renal funcional** por vasoconstricción renal extrema. Se diagnostica cuando hay **LRA** (criterios ICA:  $\uparrow$  creatinina  $\geq 0.3$  mg/dL en 48 h o  $\geq 50\%$  en 7 días) que **no responde** al retiro de diuréticos y a la **expansión con albúmina 1 g/kg/día  $\times$  2 días**, sin choque, sin nefrotóxicos y sin daño estructural (proteinuria/hematuria, ecografía normal).

### LO QUE CAMBIA LA PRÁCTICA

Tratamiento = **terlipresina + albúmina** (ensayo CONFIRM); la noradrenalina es alternativa en UCI. El **trasplante** es el único definitivo. Busca y trata SIEMPRE el precipitante (con frecuencia una PBE u otra infección).

## 09 Encefalopatía hepática y ACLF

- **Encefalopatía:** casi siempre hay un **precipitante** (infección, hemorragia digestiva, estreñimiento, diuréticos/desequilibrio electrolítico, sedantes). Trátalo. **Lactulosa** de primera línea (2-3 evacuaciones/día); **rifaximina** añadida para prevenir recurrencias.
- **ACLF (falla hepática aguda sobre crónica):** descompensación + **falla de uno o más órganos** y mortalidad alta a corto plazo. Identifícala con scores tipo CLIF-C, ingresa a cuidados intensivos y **acelera la evaluación de trasplante**.

## 10 Novedades / práctica actual (AGA 2025 · EASL)

### LO QUE CAMBIA LA PRÁCTICA

En paracentesis de gran volumen ( $> 5$  L), la dosis de albúmina al 20-25% es de **6-8 g por cada litro extraído** (no una cifra fija). Y aunque retires  $< 5$  L, **repón albúmina si hay hipotensión, falla renal o trastorno electrolítico**: el umbral de 5 L no es absoluto.

- **Toda ascitis o hidrotórax hepático  $\rightarrow$  evaluación de trasplante, sin importar el MELD.** La ascitis ya marca enfermedad avanzada; no esperes a que el score suba.
- **Diuréticos a la dosis efectiva más baja**, titulando por peso, diuresis, electrolitos y función renal – no a dosis máximas de entrada. Suma una dietista al plan.
- **Sobrecarga de volumen y anasarca refractaria:** asa intravenosa (furosemida o bumetanida) en **bolos 2-3/día o en infusión**; si hay **alcalosis por contracción**, coordina con nefrología para **acetazolamida** o un segundo diurético de otro mecanismo (metolazona) antes de la ultrafiltración.
- **Hiponatremia hipervolémica:** restringe **sodio y agua (1-1.5 L/día)** y revisa diuréticos. Los **vaptanes cayeron en desuso** por hepatotoxicidad y eventos adversos; un vasoconstrictor (terlipresina o midodrina) puede corregir el sodio antes del trasplante.

### LO QUE SÍ FUNCIONA – CHECKLIST CIRROSIS DESCOMPENSADA

- ✓ Primera descompensación  $\rightarrow$  calcula **MELD** y **refiere a trasplante**.
- ✓ Toda descompensación: busca el **precipitante** (infección, hemorragia, fármacos).
- ✓ Compensada con HTP significativa  $\rightarrow$  **carvedilol** para prevenir descompensación.
- ✓ Hemorragia variceal: **Hb 7-8 · vasoactivo · ceftriaxona · endoscopia  $< 12$  h · TIPS precoz**.
- ✓ Ascitis nueva  $\rightarrow$  **paracentesis** (GASA  $\geq 1.1$ ); diuréticos 100:40; albúmina si  $> 5$  L.
- ✓ PBE = **PMN  $\geq 250$**   $\rightarrow$  cefalosporina + **albúmina**.
- ✓ HRS-LRA  $\rightarrow$  **terlipresina + albúmina**; evita AINE/IECA/nefrotóxicos.

### PARA LLEVAR A LA GUARDIA

- La **hipertensión portal** es el motor: várices, ascitis, PBE, HRS y encefalopatía son sus ramas.
- Descompensarse **cambia el pronóstico** – piensa en **trasplante** desde el primer evento.
- Sangrado variceal: **restrictivo + vasoactivo + ceftriaxona + endoscopia**; TIPS precoz si alto riesgo.
- PBE  $\rightarrow$  **cefalosporina + albúmina**; HRS-LRA  $\rightarrow$  **terlipresina + albúmina**.
- En cirrosis, **AINE, IECA/ARA-II y aminoglucósidos hacen daño**: evítalos.