Complicaciones de la cirrosis: ascitis, PBE, riñón, sodio, encefalopatía, ACLF y trombosis portal

Basada en las guías EASL 2018 de cirrosis descompensada, AASLD 2021 de ascitis, PBE y síndrome hepatorrenal, el consenso ADQI-ICA 2024 de lesión renal aguda, la guía EASL 2022 de encefalopatía, la guía AASLD 2021 de nutrición y sarcopenia, el consenso global 2026 y las guías EASL 2023 y AASLD 2024 de ACLF, la actualización AGA 2025 de trombosis portal y la guía ACG 2026 de prevención. Para el umbral diagnóstico de la PBE se contrasta con la guía coreana KASL 2026. La hemorragia variceal y el TIPS preventivo están en nuestra guía de Baveno VIII.

Versión 1.3 · 2 de noviembre de 2026 · Equipo editorial de Medicina en Resumen · Cada criterio y cifra verificados contra la fuente original

12 → 1.5 años
mediana de supervivencia compensada frente a la que queda tras la primera descompensación

>250/mm³
neutrófilos en el líquido ascítico (EASL y AASLD; solo la guía coreana KASL 2026 usa ≥250): con eso ya es PBE y se trata, aunque el cultivo sea negativo

1.5 + 1 g/kg
de albúmina en la PBE (día 1 y día 3): reduce la lesión renal y la mortalidad

LO QUE TIENES QUE SABER

- **Paracentesis diagnóstica a todo paciente con cirrosis y ascitis que se hospitaliza**, aunque no tenga datos de infección. En pacientes con PBE, retrasarla más de 12 h desde el ingreso se asoció con mayor mortalidad hospitalaria (OR ajustada 2.7; estudio observacional citado por EASL).[1]
- **Diuréticos:** espironolactona 100 → 400 mg y furosemida 40 → 160 mg, con escalones cada ≥72 h. Pierde como máximo 0.5 kg/día sin edema y 1 kg/día con edema.
- **Paracentesis >5 L = albúmina 6–8 g por litro extraído.** Evita AINE, IECA, ARA-II y aminoglucósidos.
- **Lesión renal aguda:** en cirrosis con ascitis, si la creatinina no mejora en 24 h tras corregir el volumen y no hay otra explicación más probable, es síndrome hepatorrenal (ADQI-ICA 2024; EASL 2018 y AASLD aún piden 48 h de reto con albúmina 1 g/kg). Terlipresina + albúmina si no hay hipoxemia ni ACLF-3.
- **Encefalopatía:** busca el precipitante primero (corrigiéndolo se recupera hasta 90 %). Un amonio normal pone en duda el diagnóstico. No restrinjas proteína.
- **ACLF 2026:** la insuficiencia hepática (INR ≥1.5 y bilirrubina ≥5 mg/dL) es obligatoria; el grado lo dan las fallas extrahepáticas.

1 Panorama, trasplante y prevención
2 Ascitis
3 Ascitis refractaria e hidrotórax
4 Peritonitis bacteriana espontánea
5 Lesión renal aguda y síndrome hepatorrenal
6 Hiponatremia
7 Encefalopatía hepática
8 ACLF
9 Trombosis portal
10 Nutrición y sarcopenia
11 Lo que estás haciendo mal
12 Casos y consulta rápida

1 Panorama, trasplante y prevención[11–14]

Descompensación = ascitis manifiesta, hemorragia variceal o encefalopatía manifiesta. La mediana de supervivencia pasa de más de 12 años en la cirrosis compensada a menos de 1.5 años tras la primera descompensación.[13] **Recompensación (Baveno VIII 2026)**: deben cumplirse **todos**: eliminación, supresión o control de la causa (abstinencia sostenida, supresión del VHB, respuesta viral sostenida del VHC); resolución de la ascitis sin diuréticos y sin encefalopatía clínica sin lactulosa, rifaximina ni LOLA; sin nueva hemorragia variceal (se permite carvedilol o betabloqueador); todo ello durante **>6 meses consecutivos**, y mejoría de la función hepática compatible con Child-Pugh A5/A6. AASLD 2024 pedía >12 meses sin hemorragia.[13,14]

CUÁNDO PENSAR EN TRASPLANTE

- Ascitis grado 2–3, ascitis refractaria, hidrotórax, tras un episodio de PBE, primer episodio de encefalopatía manifiesta, síndrome hepatorrenal y ACLF grado 2–3.[1,2,3,5,8]
- EASL 2022 propone considerarlo tras una complicación índice con MELD >15.[5]
- El MELD subestima el riesgo en la ACLF: usa escalas de ACLF de forma seriada.[7]

PREVENCIÓN (ACG 2026)[11]

- **Fuertes:** vigilancia de CHC con ultrasonido + AFP cada 6 meses (en candidatos a tratamiento del CHC); carvedilol o ligadura en várices de alto riesgo; vacunas contra hepatitis A, influenza, SARS-CoV-2 y VSR (≥50 años); consejo para dejar de fumar.
- **Condicionales:** vacuna contra hepatitis B, tratamiento de la osteoporosis con bifosfonatos (el texto sugiere además tamizarla), terapia para el trastorno por consumo de alcohol, nutrición guiada por dietista y ejercicio.
- Concepto clave (sin gradación): ver al paciente en menos de 14 días tras un alta puede reducir reingresos y mortalidad.

2 Ascitis[1,2,11,12]

PASO	QUÉ HACER
Paracentesis diagnóstica	En toda ascitis de nueva aparición y en todo paciente con cirrosis y ascitis que se hospitaliza (EASL: sin demora; AASLD: aunque no haya datos de infección), con hemorragia, choque, fiebre, deterioro hepático o renal o encefalopatía. Pide neutrófilos, proteínas totales, albúmina (GASA) y cultivo inoculando ≥10 mL en frascos de hemocultivo a la cabecera. Citología, amilasa o micobacterias según el contexto. El INR prolongado o la trombocitopenia no contraindican la paracentesis ni obligan a transfundir.
Interpretación	**GASA ≥1.1 g/dL** = hipertensión portal (exactitud ~97 %). Proteínas <1.5 g/dL = más riesgo de PBE; >2.5 g/dL con GASA alto sugiere origen cardiaco. **Neutrófilos >250/mm³ = PBE** (KASL 2026: ≥250).[15]
Grados	1: solo por ultrasonido (sin tratamiento probado); 2: distensión moderada simétrica; 3: distensión marcada.
Sodio	Restricción moderada: EASL 80–120 mmol/día (4.6–6.9 g de sal); AASLD 2 g de sodio (90 mmol/día). Evita dietas <40 mmol/día: comprometen la nutrición.
Líquidos	No se restringen en la ascitis salvo hiponatremia: 1,000 mL/día si Na ≤125 (AASLD) o en la hiponatremia hipervolémica (EASL).
Diuréticos	Espironolactona 100 mg/día → hasta 400 mg (escalones de 100 mg); furosemida 40 mg/día → hasta 160 mg (escalones de 40 mg); no subir antes de 72 h. EASL: primer episodio con espironolactona sola y añadir furosemida si pierde <2 kg/semana o hay hiperpotasemia; ascitis recurrente o de larga evolución con la combinación desde el inicio. Cociente Na/K urinario >1 = natriuresis adecuada. Al resolverse, baja a la dosis mínima eficaz.
Pérdida de peso	Máximo 0.5 kg/día sin edema y 1 kg/día con edema.
Suspender diuréticos	Na <125, lesión renal aguda, encefalopatía que empeora o calambres incapacitantes; furosemida si K <3 y espironolactona si K >6 (EASL). Calambres: albúmina o baclofeno 10 → 30 mg/día.
Paracentesis evacuadora	Primera línea en ascitis grado 3. **>5 L: albúmina 6–8 g/L extraído** (EASL 8 g/L). En ≤5 L, EASL igual la recomienda; AASLD la reserva para PAS <90, Na <130 o lesión renal, y ACG para hiponatremia o disfunción renal. AASLD: más riesgo de disfunción circulatoria con >8 L en una sesión.
Evitar	AINE, IECA, ARA-II, bloqueadores α1 y aminoglucósidos (estos solo si no hay alternativa). Contraste IV con cautela. IBP solo con indicación clara (posible más riesgo de PBE).

3 Ascitis refractaria e hidrotórax[1,2]

ASCITIS REFRACTARIA

- **Definición:** espironolactona 400 + furosemida 160 mg/día ≥1 semana con sodio <90 mmol/día, y pérdida <0.8 kg en 4 días y sodio urinario menor que la ingesta, o reaparición en ≤4 semanas, o complicaciones de los diuréticos que impiden usarlos. Supervivencia ~50 % a 6 meses.
- **Primera línea:** paracentesis evacuadora repetida con albúmina. Suspende diuréticos si el sodio urinario es <30 mmol/día.
- **TIPS** con prótesis cubierta pequeña (<10 mm). EASL: mejora la supervivencia en la ascitis recurrente y el control en la refractaria; no si bilirrubina >3 mg/dL con plaquetas <75 000, encefalopatía ≥2 o crónica, infección activa, insuficiencia renal progresiva, disfunción cardiaca grave o hipertensión pulmonar. AASLD: MELD ≥18 = mal candidato.
- **Betabloqueadores no selectivos:** no contraindicados, pero reduce o suspende si PAS <90, Na <130 o creatinina >1.5 mg/dL. EASL: evita propranolol >80 mg/día.
- **Albúmina a largo plazo (ANSWER):** ninguna de las dos guías la recomienda de rutina.
- Evaluar para trasplante.

HIDROTÓRAX HEPÁTICO

- Trasudado pleural en cirrosis sin causa cardiaca, pulmonar ni pleural; gradiente de albúmina suero-pleura >1.1 g/dL. Derecho en 73 %.
- Mal pronóstico: supervivencia mediana 8–12 meses (EASL).
- **Primera línea:** restricción de sodio + diuréticos + toracocentesis si hay disnea (sin transfundir plaquetas ni plasma).
- **No** colocar sonda pleural.
- **Recurrente:** TIPS en casos seleccionados y evaluación para trasplante. Pleurodesis: EASL la sugiere solo si no hay TIPS ni trasplante; AASLD no la recomienda.
- **Empiema bacteriano espontáneo:** neutrófilos pleurales >250 con cultivo positivo, o >500 con cultivo negativo, sin neumonía: se trata como PBE.

4 Peritonitis bacteriana espontánea (PBE)[1,2,12,15]

TEMA	QUÉ HACER
Diagnóstico	Neutrófilos >250/mm³ en el líquido ascítico (EASL y AASLD). Solo la guía coreana KASL 2026 lo define como **≥250/mm³**; en la práctica la diferencia es el valor exacto de 250.[1,2,15] El cultivo no es requisito, pero guía el tratamiento; toma hemocultivos antes del antibiótico. Hasta un tercio no tiene síntomas o solo encefalopatía o lesión renal. Sospecha peritonitis secundaria si hay varios gérmenes, neutrófilos muy altos, proteínas altas o mala respuesta: TC urgente y valoración quirúrgica.
Antibiótico empírico	**Comunitaria:** cefalosporina de 3.ª generación (p. ej., cefotaxima 2 g IV c/12 h; ceftriaxona 2 g/día según la revisión de JAMA). Si la resistencia local es alta: piperacilina-tazobactam o carbapenémico. **Nosocomial, asociada a cuidados de la salud o con sepsis:** amplio espectro según la epidemiología local (piperacilina-tazobactam; meropenem si hay multirresistentes; añade glucopéptido, daptomicina o linezolid si hay grampositivos resistentes). Sin aminoglucósidos. Duración 5–7 días; desescala según cultivos.
Albúmina	**1.5 g/kg al diagnóstico y 1 g/kg el día 3.** Mayor beneficio si hay bilirrubina ≥4 mg/dL o creatinina ≥1 mg/dL (EASL), o lesión renal o ictericia (AASLD). En infecciones distintas de la PBE, la albúmina no previene el síndrome hepatorrenal ni mejora la supervivencia.
Control a las 48 h	Repite la paracentesis: si los neutrófilos bajan <25 %, amplía la cobertura y busca peritonitis secundaria.
Betabloqueadores	EASL: suspender en PBE, sepsis, sangrado o lesión renal. AASLD: suspender solo si hay hipotensión (PAM <65) o lesión renal.
Bacterascitis	Cultivo positivo con neutrófilos <250: trata si hay datos de infección; si no, repite la paracentesis (EASL trata si el segundo cultivo es positivo).
Profilaxis secundaria	Tras una PBE: norfloxacino 400 mg/día (EASL). Donde no hay norfloxacino, el texto de AASLD menciona ciprofloxacino 500 mg/día (sin evidencia directa); la revisión de JAMA acepta trimetoprim-sulfametoxazol o ciprofloxacino.[12] Evalúa para trasplante.
Profilaxis primaria	EASL: norfloxacino 400 mg/día si se cumplen **todos**: proteínas en ascitis <15 g/L + Child-Pugh ≥9 + bilirrubina ≥3 mg/dL + función renal alterada o hiponatremia; suspender si mejora de forma sostenida y desaparece la ascitis. AASLD (texto de la guía): puede considerarse en pacientes seleccionados de muy alto riesgo.

5 Lesión renal aguda y síndrome hepatorrenal[1–4,9]

DEFINICIONES ADQI-ICA 2024[3]

- **Lesión renal aguda (KDIGO):** creatinina ↑≥0.3 mg/dL en 48 h o ≥50 % sobre la basal en 7 días, **y/o diuresis ≤0.5 mL/kg/h durante ≥6 h** (el criterio de diuresis es nuevo frente a ICA 2015).
- **Creatinina basal:** el valor estable más bajo de los 3 meses previos (o hasta 12 meses). Sin dato previo: el menor entre la creatinina de ingreso y la retrocalculada con TFGe de 75.
- **Síndrome hepatorrenal-LRA:** cirrosis con ascitis + lesión renal aguda + **sin mejoría de la creatinina y/o la diuresis en 24 h tras una reanimación de volumen adecuada (cuando esté indicada)** + sin otra explicación más probable. Puede coexistir con daño tubular, proteinuria o ERC previa.
- **ADQI-ICA 2024 ya no exige 48 h de albúmina** para diagnosticarlo: en euvolemia o sobrecarga provoca acumulación de líquido. Si el volumen es dudoso: reto con 1–1.5 g/kg de albúmina al 20–25 % o 250–500 mL de cristaloide, y reevalúa en 24 h. **Las guías difieren:** EASL 2018 y AASLD 2021–2024 mantienen el reto con albúmina 1 g/kg (máx. 100 g/día) durante 48 h.[1,2,9]
- **Cuándo tratar con vasoconstrictor:** EASL, SHR-LRA en estadio >1A; AASLD 2024, estadio ≥2 (sin recomendación para el estadio 1).[1,9]
- **Terminología:** SHR-LRA, SHR-ERA (enfermedad renal aguda, <90 días) y SHR-ERC (>90 días) reemplazan a los tipos 1 y 2.

PASO	QUÉ HACER
Manejo inicial	Suspende diuréticos (ADQI: si hay hipovolemia; pueden seguir si hay sobrecarga), AINE, nefrotóxicos y vasodilatadores. Valora suspender betabloqueadores, sobre todo si hay hipotensión. Busca y trata infección (paracentesis diagnóstica). Corrige la hipovolemia: cristaloides balanceados; albúmina en la PBE o el síndrome hepatorrenal. Evita la sonda vesical permanente.
Terlipresina (primera línea)	Iniciar al establecer el diagnóstico, con albúmina. **Infusión continua 2–12 mg/día** (preferida: menos efectos adversos) o **bolo de 1–2 mg c/6 h**. Sube la dosis cada 24 h si la creatinina no baja ≥25 %. Vigila isquemia (cardiaca, periférica, mesentérica) y edema pulmonar; ECG antes de iniciar. La ficha de la FDA recomienda oximetría de pulso continua. **Evitar** si hay hipoxemia o necesidad de O_2 suplementario, ACLF-3 según EASL-CLIF (no el grado del consenso 2026), o cardiopatía isquémica / enfermedad vascular periférica o mesentérica importante; creatinina >5 mg/dL = contraindicación relativa (responde poco).[4,9]
Albúmina con el vasoconstrictor	ADQI y EASL: 20–40 g/día, ajustada diario al volumen. AASLD 2021: 1 g/kg el día 1 y luego 40–50 g/día. Suspende si hay edema pulmonar o sobrecarga.
Norepinefrina	Alternativa si la terlipresina está contraindicada o no disponible: 0.5 mg/h, sube 0.5 mg/h c/4 h hasta 3 mg/h si la PAM no sube ≥10 mmHg. Requiere UCI y catéter central.
Midodrina + octreótido	Solo si no se puede usar ninguna de las anteriores: eficacia baja.
Suspender	Creatinina dentro de 0.3 mg/dL de la basal; efecto adverso grave; sin mejoría tras 48 h a dosis máxima tolerada (AASLD: 4 días); necesidad de terapia de reemplazo renal; o 14 días de tratamiento. Puede recurrir y se vuelve a tratar.
TIPS, diálisis y trasplante	No hay evidencia suficiente para TIPS en el SHR-LRA. Terapia de reemplazo renal individualizada (puente al trasplante en candidatos). **El trasplante es el tratamiento definitivo**, responda o no al vasoconstrictor.

6 Hiponatremia[1,2]

SITUACIÓN	QUÉ HACER
Definición	AASLD: ≤135 mEq/L (leve 126–135, moderada 120–125, grave <120); EASL: <130. Na ≤130 se asocia con más encefalopatía, síndrome hepatorrenal y PBE.
Hipovolémica	Suspende diuréticos y laxantes y repón volumen (AASLD: albúmina al 5 % o cristaloide, de preferencia Ringer lactato; EASL: solución salina).
Hipervolémica	Leve sin síntomas: vigilancia y restricción hídrica. Moderada (120–125): líquidos 1,000 mL/día y suspender diuréticos. Grave (<120): restricción más estricta + albúmina. Corrige la hipopotasemia.
Solución hipertónica	AASLD: solo en hiponatremia sintomática o grave, o con trasplante inminente. EASL es más estricta: solo con complicaciones que ponen en riesgo la vida. Empeora la sobrecarga.
Velocidad de corrección	Hiponatremia crónica: **4–6 mEq/L por 24 h y nunca >8 mEq/L en 24 h** (riesgo de desmielinización osmótica: hepatopatía avanzada, alcoholismo, desnutrición, hipopotasemia). Si se sobrecorrige: agua libre o desmopresina.
Vaptanes	AASLD: con cautela y ≤30 días (tolvaptán: advertencia de daño hepático); EASL: solo en estudios clínicos.

7 Encefalopatía hepática[5,11,12]

DIAGNÓSTICO

- Clasifica por tipo (C = cirrosis), grado (West Haven; manifiesta = grado ≥2), curso (recurrente = ≥2 episodios en 6 meses; persistente) y precipitante.
- **Precipitantes:** estreñimiento, hemorragia digestiva, infección, hiponatremia, deshidratación o exceso de diuréticos, psicofármacos.
- **Amonio:** si es normal, cuestiona el diagnóstico y busca otra causa de delirio. No sirve para monitorizar el tratamiento.
- Busca causas extrahepáticas (presentes en 22 %): glucosa, electrolitos, infección, alcohol, fármacos, hemorragia intracraneal, Wernicke, hipotiroidismo; imagen cerebral si hay duda o no hay respuesta.

TRATAMIENTO

- **Primero el precipitante:** con eso se recupera hasta 90 %.
- **Lactulosa** (revisión de JAMA): 60 mL, luego 20 mL c/1–2 h hasta evacuar; después, lo necesario para 2–3 evacuaciones blandas al día.
- Grados 3–4: UCI por riesgo de aspiración.
- **Profilaxis secundaria:** lactulosa tras el primer episodio (recurrencia 20 % vs 47 %). Añade **rifaximina 550 mg c/12 h** si hay ≥1 episodio más en 6 meses (22 % vs 46 %; NNT 4).
- **Encubierta:** EASL recomienda disacáridos no absorbibles; ACG sugiere lactulosa y reevaluar en 4–8 semanas; no rifaximina como prevención primaria.
- No restrinjas proteína. Tras una encefalopatía manifiesta, aconseja no manejar (de forma verbal y escrita). Refiere a trasplante tras el primer episodio manifiesto.

8 ACLF: insuficiencia hepática aguda sobre crónica[7–9]

TEMA	CONSENSO GLOBAL 2026 (EASL, AASLD, APASL, ALEH, SOLDA)[7]
Requisitos	Hepatopatía crónica avanzada (fibrosis ≥F3) + **insuficiencia hepática obligatoria: INR ≥1.5 y bilirrubina ≥5 mg/dL**. Tipo A: sin descompensación previa (con ascitis o encefalopatía nuevas en 2–4 semanas); tipo B: con descompensación previa.
Grados	**1:** insuficiencia hepática + 1 disfunción extrahepática. **2:** + 1 falla extrahepática. **3:** + ≥2 fallas extrahepáticas.
Fallas extrahepáticas	Riñón: LRA KDIGO 2–3 o diálisis nueva (disfunción: estadio 1). Cerebro: West Haven 3–4 (disfunción: grado 2). Circulación: vasopresor, no solo por síndrome hepatorrenal (disfunción: PAM <65). Respiración: ventilación mecánica o PaO_2/FiO_2 ≤225 (disfunción: 225–300). Las disfunciones circulatoria y respiratoria cuentan para el grado 1 solo en un entorno monitorizado (cuidados intermedios o UCI). La coagulación ya no es un órgano aparte.
Frente a EASL-CLIF	EASL-CLIF usa 6 órganos, bilirrubina ≥12, creatinina ≥2 y PaO_2/FiO_2 ≤200. NACSELD exige ≥2 fallas de 4 órganos y capta pacientes más tardíos.[8,9]
Pronóstico	Mortalidad a 28 días ≥20 % (frente a ≤5 % sin ACLF). Por número de fallas (CANONIC): 0 = 4.5 %, 1 = 14.6 %, 2 = 32 %, ≥3 = 78.6 %.[8] El consenso 2026 no da mortalidad por grado.
Manejo	Busca el precipitante (infección es el más frecuente; alcohol, VHB, fármacos, sangrado, cirugía): estudio completo de sepsis y antibiótico temprano. UCI si se requiere soporte orgánico. Cristaloides balanceados; albúmina solo para sus indicaciones (paracentesis, PBE, SHR); norepinefrina para PAM ≥65. Ventilación protectora. No dar esteroides a la hepatitis alcohólica con ACLF grado 3. El INR no mide el riesgo de sangrado.
Trasplante y futilidad	Evaluación temprana en ACLF 2–3; trasplantar idealmente en 1 semana si la supervivencia esperada al año es >75–80 %. Reevalúa a los días 3–7: AARC >10, falla multiorgánica persistente o CLIF-C ACLF >64 (EASL 2023: ≥4 fallas o CLIF-C ACLF >70 sin opción de trasplante) indican pronóstico extremadamente malo.[7,8]

9 Trombosis de la vena porta[10]

SITUACIÓN	RECOMENDACIÓN DE PRÁCTICA AGA 2025 (SIN GRADACIÓN FORMAL)
Diagnóstico	No tamizar de rutina en la cirrosis compensada asintomática. Confirma un hallazgo del Doppler con TC o RM (descartar tumor, grado de oclusión, extensión). Sin estudio de trombofilia salvo indicación.
Isquemia intestinal	Anticoagulación urgente y equipo multidisciplinario.
Observar	Reciente (<6 meses) con solo ramas intrahepáticas u oclusión <50 %: imagen cada 3 meses.

SITUACIÓN	RECOMENDACIÓN DE PRÁCTICA AGA 2025 (SIN GRADACIÓN FORMAL)
Considerar anticoagular	Reciente con oclusión >50 % o que afecta el tronco portal o las mesentéricas (más beneficio si progresa, hay varios lechos o es candidato a trasplante).
No anticoagular	Trombosis crónica (>6 meses) completa con cavernomatosis (excepción individual en candidatos a trasplante).
Fármacos	Child A: ACOD, HBPM o AVK (ACOD con preferencia práctica, sobre todo apixabán). Child B: HBPM, AVK o ACOD (estos con cautela; también con depuración de creatinina <30 mL/min). **Child C: HBPM**; ACOD no aconsejados. Valora sangrado previo, caídas, fragilidad y plaquetas <50 000.
Várices	Endoscopia si no recibe betabloqueador, **sin retrasar la anticoagulación**: iniciarla en <2 semanas mejora la recanalización.
Resultados y duración	Recanalización 71 % con anticoagulación vs 42 % sin ella; ACOD 87 % vs AVK 44 %. Imagen cada 3 meses; continuar hasta el trasplante o la resolución; si no hay respuesta o progresa a los 6 meses, reevaluar: continuar, procedimientos intravasculares de rescate o suspensión individualizada por futilidad (sobre todo según la candidatura a trasplante). En candidatos a trasplante, continuar tras la resolución. Recurrencia de hasta 38 % al suspender.
TIPS	Solo si hay otra indicación de TIPS (ascitis refractaria, sangrado variceal, hidrotórax) o para facilitar el trasplante.

10 Nutrición y sarcopenia[6,11]

METAS

- **Proteína 1.2–1.5 g/kg de peso ideal al día** (1.2–2.0 si está crítico). No restringir proteína, ni siquiera en la encefalopatía.
- **Energía:** ≥35 kcal/kg/día sin obesidad (AASLD; ACG 30–35). Obesidad: 25–35 kcal/kg con IMC 30–40 y 20–25 con IMC ≥40.
- No pasar más de 3–4 h despierto sin comer; desayuno temprano y/o colación nocturna.
- Si la restricción de sodio impide cumplir las metas en un paciente frágil, considera liberalizarla.

EVALUACIÓN Y EJERCICIO

- Evalúa fragilidad en todos: **Liver Frailty Index** (fuerza de prensión, levantarse de la silla, equilibrio): <3.2 robusto, 3.2–4.3 prefrágil, ≥4.4 frágil (ACG y otras partes de AASLD usan ≥4.5).
- Sarcopenia por TC (índice muscular en L3): <39 cm^2/m^2 en mujeres y <50 en hombres. No pedir TC solo para medir músculo.
- **Ejercicio** aeróbico 150–300 min/semana + fuerza ≥2 días/semana, tras optimizar la hipertensión portal.
- Vitamina D deficiente: 50 000 UI/semana por 8 semanas, luego 1,500–2,000 UI/día. Zinc: no de rutina en la encefalopatía.[5]

11 Lo que estás haciendo mal

ERRORES FRECUENTES

- **No hacer paracentesis diagnóstica al ingreso** porque "no tiene fiebre". La PBE puede manifestarse solo como encefalopatía o lesión renal.
- **Transfundir plasma o plaquetas para la paracentesis** sin coagulación intravascular diseminada.
- **Tratar la PBE sin albúmina**, sobre todo con bilirrubina o creatinina elevadas.
- **Mantener diuréticos ante hipovolemia o sobrediuresis**, o seguir con AINE o IECA, en un paciente con lesión renal aguda. Con sobrecarga de volumen, el uso de diuréticos se individualiza (ADQI-ICA).
- **Dar albúmina a un paciente con lesión renal que ya está sobrecargado**: en euvolemia o sobrecarga, ADQI-ICA 2024 la desaconseja como reto de volumen.
- **Usar midodrina + octreótido como primera opción** para el síndrome hepatorrenal.
- **Iniciar terlipresina en un paciente hipoxémico o que necesita oxígeno**, con ACLF-3 (EASL-CLIF) o con isquemia cardiaca o vascular.
- **Corregir el sodio más de 8 mEq/L en 24 h** en una hepatopatía avanzada.
- **Pedir amonio para seguir la encefalopatía** o restringir proteína.
- **Retrasar la anticoagulación de una trombosis portal reciente** esperando la ligadura (postura de AGA 2025; EASL prefería diferirla hasta tener profilaxis variceal y AASLD iniciarla lo antes posible).
- **Usar el INR para estimar el riesgo de sangrado** en cirrosis o ACLF.

12 Casos y consulta rápida

Caso 1

Hombre de 58 años con cirrosis por alcohol y ascitis, ingresa por confusión. Sin fiebre. Paracentesis: 620 neutrófilos/mm³. Creatinina 1.4 mg/dL (basal 0.9), bilirrubina 3.2 mg/dL.

Respuesta. PBE (neutrófilos >250) con lesión renal aguda. Hemocultivos y cultivo del líquido; cefalosporina de 3.ª generación si es comunitaria y la resistencia local es baja. Albúmina 1.5 g/kg hoy y 1 g/kg el día 3. Suspende diuréticos, nefrotóxicos y el betabloqueador; lactulosa por la encefalopatía. Paracentesis de control a las 48 h. Al recuperarse: profilaxis secundaria y evaluación para trasplante.

Caso 2

Mujer de 61 años con cirrosis y ascitis; creatinina sube de 1.0 a 2.1 mg/dL en 3 días. Diuréticos suspendidos, sin infección, sin choque, sin nefrotóxicos; sedimento sin proteinuria. Clínicamente euvolémica, $SatO_2$ 97 %.

Respuesta. Lesión renal aguda estadio 2. Con ADQI-ICA 2024, si está euvolémica o la creatinina no mejora en 24 h tras corregir el volumen, cumple criterios de síndrome hepatorrenal-LRA (con EASL 2018 y AASLD se completan 48 h de albúmina 1 g/kg). Antes de la terlipresina descarta ACLF-3 (EASL-CLIF), necesidad de O_2 suplementario e isquemia. Terlipresina (infusión 2 mg/día, ajustando cada 24 h) + albúmina 20–40 g/día según volumen, con oximetría continua. Evaluación para trasplante.

Caso 3

Hombre de 54 años con cirrosis Child B; en un ultrasonido de rutina se encuentra trombosis del tronco portal con oclusión del 60 %, de aparición reciente. Sin várices de alto riesgo conocidas; no toma betabloqueador.

Respuesta. Confirma con TC o RM. Reciente, >50 % y en el tronco: considera anticoagular, sin retrasarla (mejor en <2 semanas). Endoscopia de tamizaje en paralelo. En Child B, ACOD con cautela o HBPM/AVK. Imagen cada 3 meses; si no hay respuesta a los 6 meses, reevalúa continuidad, alternativas intervencionistas o suspensión individualizada.

CONSULTA RÁPIDA	LO ESENCIAL
Ascitis	Paracentesis al ingreso; GASA ≥1.1; sodio 80–120 mmol/día; espironolactona 100–400 + furosemida 40–160 mg; >5 L → albúmina 6–8 g/L.
PBE	Neutrófilos >250 (KASL 2026: ≥250); cefalosporina de 3.ª generación (o según resistencia); albúmina 1.5 g/kg día 1 + 1 g/kg día 3; control a las 48 h; profilaxis secundaria.
Riñón	LRA: ↑0.3 en 48 h, ≥50 % en 7 días o diuresis ≤0.5 mL/kg/h × 6 h. SHR-LRA: sin mejoría en 24 h tras corregir volumen. Terlipresina 2–12 mg/día en infusión + albúmina 20–40 g/día; máximo 14 días. Evitar con hipoxemia u O_2 suplementario, ACLF-3 o isquemia.
Sodio	Restricción a 1 L si 120–125; hipertónica solo si es sintomática o grave, o hay trasplante inminente; corrección ≤8 mEq/L en 24 h.
Encefalopatía	Precipitante primero; lactulosa a 2–3 evacuaciones; rifaximina 550 mg c/12 h si recurre; no restringir proteína.
ACLF	INR ≥1.5 + bilirrubina ≥5 obligatorios; grado por fallas extrahepáticas; reevaluar a los días 3–7; trasplante temprano en grados 2–3.
Trombosis portal	Reciente, >50 % o tronco/mesentérica: considerar anticoagular, sin retrasar; Child C: HBPM.

Superíndices: **1** = EASL 2018; **2** = AASLD 2021 (Biggins); **3** = ADQI-ICA 2024 (Nadim); **4** = Teixeira 2025; **5** = EASL 2022 (encefalopatía); **6** = AASLD 2021 (Lai); **7** = consenso global ACLF 2026; **8** = EASL 2023 (ACLF); **9** = AASLD 2024 (Karvellas); **10** = AGA 2025 (Davis); **11** = ACG 2026 (Tapper); **12** = JAMA 2023 (Tapper y Parikh); **13** = AASLD 2024 (Kaplan); **14** = Baveno VIII 2026; **15** = KASL 2026 (guía coreana). La revisión de JAMA indica la segunda dosis de albúmina en la PBE el día 2; EASL y AASLD, el día 3. Los recuadros "Lo que estás haciendo mal", los casos y la consulta rápida son material educativo propio basado en esas fuentes.

Referencias

1. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis. J Hepatol 2018;69:406–460. doi:10.1016/j.jhep.2018.03.024
2. Biggins SW, Angeli P, Garcia-Tsao G, et al. Diagnosis, evaluation, and management of ascites, spontaneous bacterial peritonitis and hepatorenal syndrome: 2021 practice guidance by the American Association for the Study of Liver Diseases. Hepatology 2021;74:1014–1048. doi:10.1002/hep.31884
3. Nadim MK, Kellum JA, Forni L, et al. Acute kidney injury in patients with cirrhosis: Acute Disease Quality Initiative (ADQI) and International Club of Ascites (ICA) joint multidisciplinary consensus meeting. J Hepatol 2024;81:163–183. doi:10.1016/j.jhep.2024.03.031
4. Teixeira JP, Karvellas CJ, Velez JCQ. The diagnosis and management of hepatorenal syndrome: a comprehensive update for the intensivist. J Intensive Care Med 2025. doi:10.1177/08850666251345408
5. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines on the management of hepatic encephalopathy. J Hepatol 2022;77:807–824. doi:10.1016/j.jhep.2022.06.001
6. Lai JC, Tandon P, Bernal W, et al. Malnutrition, frailty, and sarcopenia in patients with cirrhosis: 2021 practice guidance by the American Association for the Study of Liver Diseases. Hepatology 2021;74:1611–1644. doi:10.1002/hep.32049
7. EASL, AASLD, APASL, ALEH, SOLDA. Acute-on-chronic liver failure: a global multisociety consensus on definitions. J Hepatol 2026. doi:10.1016/j.jhep.2026.09.005
8. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines on acute-on-chronic liver failure. J Hepatol 2023;79:461–491. doi:10.1016/j.jhep.2023.04.021
9. Karvellas CJ, Bajaj JS, Kamath PS, et al. AASLD Practice Guidance on acute-on-chronic liver failure and the management of critically ill patients with cirrhosis. Hepatology 2024;79:1463–1502. doi:10.1097/HEP.0000000000000671
10. Davis JPE, Lim JK, Francis FF, Ahn J. AGA Clinical Practice Update on management of portal vein thrombosis in patients with cirrhosis: expert review. Gastroenterology 2025;168:396–404. doi:10.1053/j.gastro.2024.10.038
11. Tapper EB, Kardashian A, Debes JD, et al. ACG Clinical Guideline: preventive care for patients with cirrhosis. Am J Gastroenterol 2026. doi:10.14309/ajg.0000000000004186
12. Tapper EB, Parikh ND. Diagnosis and management of cirrhosis and its complications: a review. JAMA 2023;329:1589–1602. doi:10.1001/jama.2023.5997
13. Kaplan DE, Ripoll C, Thiele M, et al. AASLD Practice Guidance on risk stratification and management of portal hypertension and varices in cirrhosis. Hepatology 2024;79:1180–1211. doi:10.1097/HEP.0000000000000647
14. Baveno VIII Faculty. Baveno VIII – Advancing consensus in portal hypertension. J Hepatol 2026;85(5):993–1018. doi:10.1016/j.jhep.2026.07.030
15. Song DS, Yoo JJ, Song JE, et al. KASL clinical practice guidelines for liver cirrhosis: ascites and related complications 2026. Clin Mol Hepatol 2026;32:961–1028. doi:10.3350/cmh.2026.0281

SOBRE ESTA GUÍA EN RESUMEN

Medicina en Resumen condensa guías y artículos recientes para médicos. Cada cifra se verifica contra la fuente original. Cuando las guías difieren, lo señalamos. La información se basa en la bibliografía citada y no sustituye el criterio del médico tratante. La hemorragia variceal, el TIPS preventivo y la recompensación están en nuestra guía de Baveno VIII. Más guías, artículos explicados y videos en **medicinaenresumen.com** · @medicina.en.resumen