

Cirrosis: los cuidados preventivos que cambian el pronóstico

Basada en la guía clínica del American College of Gastroenterology (ACG) sobre cuidados preventivos en el paciente con cirrosis (Am J Gastroenterol 2026; publicada en línea el 5 de octubre de 2026): 18 recomendaciones GRADE y 6 conceptos clave.

Versión 1.0 · Revisado el 25 de octubre de 2026 · Equipo editorial de Medicina en Resumen · Cada cifra verificada contra la fuente original

18 + 6

recomendaciones GRADE y conceptos clave en 4 dominios; 7 son recomendaciones fuertes

-33 %

mortalidad asociada a la vigilancia de carcinoma hepatocelular (HR 0.67; 59 cohortes)

~50 %

de los pacientes con cirrosis responde a la vacuna contra hepatitis B: verifica y revacuna

LO QUE TIENES QUE SABER

- **Várices de alto riesgo:** carvedilol o ligadura (recomendación fuerte). Carvedilol 12.5 mg/día, sin titular por frecuencia cardíaca.
- **Hipertensión portal clínicamente significativa sin várices de alto riesgo:** carvedilol para prevenir la primera ascitis.
- **Ultrasonido hepático + AFP cada 6 meses** en quien sea candidato a tratar un carcinoma hepatocelular.
- **Vacunas:** hepatitis A, hepatitis B, influenza, SARS-CoV-2 y VSR desde los 50 años.
- Sangrado digestivo alto: antibiótico profiláctico **corto (2-3 días)**.
- **Lo que no:** rifaximina como prevención primaria, aspirina o estatina solo para prevenir el carcinoma hepatocelular.

1 Por qué una guía de prevención

La cirrosis afecta a más de 2 millones de personas en Estados Unidos y causa muchas hospitalizaciones, mala calidad de vida y alta mortalidad. Diagnosticada temprano tiene buen pronóstico, e incluso el paciente descompensado puede **recompensarse**. La guía ordena qué hacer de forma sistemática en **4 dominios**:

DOMINIO	INCLUYE
Complicaciones de la cirrosis	Encefalopatía, várices y sangrado, hipertensión portal y ascitis, carcinoma hepatocelular, alcohol y reingresos
Prevención de infecciones	Hepatitis A y B, influenza, SARS-CoV-2, virus sincitial respiratorio (VSR)
Estilo de vida	Trastorno por consumo de alcohol, nutrición, ejercicio, tabaco
Problemas no hepáticos	Osteoporosis, cáncer extrahepático

CÓMO LEER LA FUERZA

"Recomendamos" = **fuerte**: casi todos los pacientes deberían recibirlo. "Sugerimos" = **condicional**: decisión compartida. La mayor parte de la evidencia es de certeza baja; varias recomendaciones son fuertes pese a ello porque la intervención es segura y barata (vacunas, consejería antitabaco).

- 1 Por qué una guía de prevención
- 2 Lista de verificación: 18 + 6
- 3 Encefalopatía hepática
- 4 Várices y sangrado digestivo
- 5 Hipertensión portal y ascitis

- 6 Carcinoma hepatocelular
- 7 Alcohol y reingresos
- 8 Vacunas
- 9 Errores frecuentes
- 10 Nutrición, ejercicio, tabaco, hueso · Preguntas

2 Lista de verificación: las 18 recomendaciones

#	RECOMENDACIÓN	FUERZA	CERTEZA	✓
1	Encefalopatía mínima: lactulosa en lugar de no tratar.	Condicional	Baja	☐
2	Encefalopatía franca pese a lactulosa: agregar rifaximina para prevenir recurrencia.	Condicional	Baja	☐
3	Encefalopatía mínima: no usar rifaximina como prevención primaria de encefalopatía franca.	Condicional en contra	Baja	☐
4	Várices esofágicas de alto riesgo: carvedilol o ligadura como profilaxis primaria.	Fuerte	Moderada	☐
5	Sangrado digestivo alto: antibiótico profiláctico corto (2–3 días) en lugar de uno largo o ninguno.	Condicional	Baja	☐
6	Cirrosis compensada con hipertensión portal clínicamente significativa: carvedilol para reducir la primera ascitis.	Condicional	Baja	☐
7	Ultrasonido hepático + AFP cada 6 meses en candidatos a tratamiento de carcinoma hepatocelular.	Fuerte	Baja	☐
8	No usar aspirina para prevenir el carcinoma hepatocelular.	Condicional en contra	Muy baja	☐
9	Hospitalizado con cirrosis y trastorno por consumo de alcohol: terapia conductual al alta .	Condicional	Muy baja	☐
10	Hepatitis A: medir inmunidad y vacunar.	Fuerte	Baja	☐
11	Hepatitis B: medir inmunidad y vacunar.	Condicional	Muy baja	☐
12	Influenza (anual).	Fuerte	Baja	☐
13	SARS-CoV-2: serie de vacunación.	Fuerte	Baja	☐
14	VSR (vacuna bivalente) desde los 50 años.	Fuerte	Baja	☐
15	Nutrición guiada por nutriólogo con metas de proteína y calorías.	Condicional	Baja	☐
16	Ambulatorio: ejercicio aeróbico y de resistencia estructurado.	Condicional	Baja	☐
17	Fumador activo: consejería para dejar de fumar .	Fuerte	Baja	☐
18	Osteoporosis: bisfosfonatos para reducir fracturas.	Condicional	Baja	☐

Los 6 conceptos clave (sin evaluación GRADE)

#	CONCEPTO
1	Paracentesis >5 L: albúmina 6–8 g por litro extraído. Con ≤5 L, reservarla para hiponatremia o disfunción renal.
2	Estatinas: no ofrecerlas solo para prevenir el carcinoma hepatocelular si no hay riesgo cardiovascular convencional.
3	Reingresos: cuidado ambulatorio intensificado tras el alta, con visita en menos de 14 días .
4	Hepatitis B sin inmunidad pese a vacuna previa: revacunar, considerando la vacuna con adyuvante TLR9.
5	Alcohol: tamizaje con AUDIT-C en cada consulta, sobre todo al deteriorarse o descompensarse; considerar farmacoterapia.
6	Cáncer extrahepático: tamizaje según edad si está en evaluación o en lista para trasplante, o si está compensado, sin fragilidad ni comorbilidad grave.

3 Encefalopatía hepática (recomendaciones 1–3)

SITUACIÓN	QUÉ HACER	EVIDENCIA QUE CITA LA GUÍA
Encefalopatía mínima	Lactulosa	Metaanálisis en red (25 ensayos, 1,563 pacientes): revierte la encefalopatía mínima, OR 5.39 (3.68–7.89), y previene la franca, OR 0.22 (0.10–0.47). Sin efecto en mortalidad.
Franca pese a lactulosa	Agregar rifaximina, también al alta y de forma ambulatoria si recurre	Cochrane, rifaximina + lactulosa vs lactulosa: mortalidad RR 0.69 (0.55–0.86); encefalopatía RR 0.58 (0.48–0.71); eventos graves RR 0.66 (0.45–0.98).
Prevención primaria con rifaximina	No	Revierte la encefalopatía mínima (OR 7.53) pero no previno la franca: OR 0.44 (0.11–1.81). Costo y antibiótico prolongado.

Si se usa lactulosa para tratar síntomas atribuidos a encefalopatía mínima, la guía propone un enfoque "diagnóstico-terapéutico": revisar adherencia y mejoría a las 4–8 semanas para decidir si continuar.

4 Várices y sangrado digestivo (recomendaciones 4–5)

Várices de alto riesgo (grandes o con marcas rojas): carvedilol o ligadura.

- ECA de 152 adultos con várices grandes: primer sangrado **10 % con carvedilol vs 23 % con ligadura**, HR 0.41 (0.19–0.96); mortalidad sin diferencia (35 vs 37 %).
- Metaanálisis en red (32 ECA, 3,362 pacientes) frente a placebo: carvedilol OR 0.21; ligadura OR 0.33.
- El carvedilol bloquea además los receptores alfa-1 y baja más la presión portal que propranolol o nadolol.
- Dosis:** 12.5 mg al día (o dividida); 6.25 mg si no se tolera. **No titular por frecuencia cardíaca;** suspender solo si hay bradicardia sintomática.

Sangrado digestivo alto (variceal o no, con o sin ascitis): antibiótico 2–3 días, con mayor frecuencia norfloxacin o ceftriaxona.

- 12 ECA (1,241 pacientes): la profilaxis redujo la mortalidad (RR 0.79), las infecciones (RR 0.36) y el resangrado (RR 0.53).
- 14 ECA (1,322 pacientes): el curso corto (0–3 días) no fue inferior en supervivencia frente al largo, pero con **más infecciones** (diferencia de riesgo 15.2 %).
- La guía prioriza costo y resistencia antimicrobiana, y permite **alargarlo** en quien tiene más riesgo de infección.

5 Hipertensión portal y ascitis (recomendación 6 y concepto 1)

Hipertensión portal clínicamente significativa: gradiente de presión venosa hepática ≥10 mmHg. Sin cateterismo, la probabilidad es alta con elastografía ≥25 kPa, o >20 kPa con plaquetas <150,000 (nomograma ANTICIPATE).

- ECA de 201 pacientes sin várices de alto riesgo: betabloqueador vs placebo, ascitis **HR 0.42 (0.19–0.92)**.
- Metaanálisis de 4 ECA (352 pacientes): ascitis –51 % con carvedilol (HR 0.49), pero **efectos adversos ×3** (11 vs 6 %: disnea, hipotensión, bradicardia).

Paracentesis de gran volumen (>5 L): albúmina al 25 %, 6–8 g por litro extraído.

- 17 ECA (1,225 pacientes): menos disfunción circulatoria tras la paracentesis (RR 0.36) e hiponatremia (RR 0.67), sin más eventos adversos.
- Sin efecto demostrado en mortalidad; cohortes recientes la asocian a menos hospitalizaciones por lesión renal aguda.
- Con ≤5 L: reservarla para hiponatremia o disfunción renal.

6 Carcinoma hepatocelular (recomendaciones 7-8 y concepto 2)

Vigilancia semestral con ultrasonido hepático y AFP en candidatos: Child A-B, Child C en lista de trasplante, y quien pueda y quiera recibir tratamiento. Aplica a cualquier causa de cirrosis.

VIGILANCIA VS NO VIGILANCIA (59 COHORTES)	EFFECTO
Detección en etapa temprana	RR 1.86 (1.73-1.98)
Tratamiento curativo	RR 1.83 (1.69-1.97)
Mortalidad	HR 0.67 (0.61-0.72)

Sin ECA en cirrosis. Daños físicos en 9-29.6 % según el número de estudios, casi todos leves. Pedir **ultrasonido hepático** y no abdominal mejora el costo-eficacia.

Quimioprevención que no se recomienda

- **Aspirina:** metaanálisis de 16 estudios (2.5 millones de personas) sin reducción del carcinoma en cirrosis; un estudio danés de 115,000 pacientes con cirrosis tampoco mostró protección. Además, más sangrado.
- **Estatinas:** las reducciones >50 % de las cohortes probablemente reflejan sesgos de tiempo inmortal y de selección. No iniciarlas solo para prevenir el carcinoma; sí considerarlas en cirrosis compensada con indicación cardiovascular habitual.
- El café lo había recomendado la guía de la AASLD de 2023.

7 Alcohol y reingresos (recomendación 9 y conceptos 3 y 5)

- **Tamizaje con AUDIT-C** en cada consulta, sobre todo al deteriorarse o descompensarse. Incluso la intervención breve funciona y se usa poco.
- Cualquier terapia conductual temprana: menos reingresos a 30 días (OR 0.16).
- "Hospital de día" con servicios coubicados: reingresos 15.4 vs 42.4 % y mortalidad a 1 año 23.1 vs 45.7 %.
- **Farmacoterapia**, sobre todo tras una hospitalización. Con más respaldo según la guía: naltrexona (50-100 mg/día oral o 380 mg IM cada 4 semanas) y acamprosato (333-666 mg cada 8 h).
- **Al alta:** visita en menos de 14 días, conciliación de medicamentos, nutrición, rehabilitación, tratamiento del alcohol y monitoreo ambulatorio.

8 Vacunas (recomendaciones 10-14 y concepto 4)

VACUNA	FUERZA	EVIDENCIA Y PRÁCTICA
Hepatitis A	Fuerte	Medir inmunidad y vacunar si no es inmune; la hepatitis A en cirrosis puede causar falla hepática fulminante.
Hepatitis B	Condiciona	Respuesta ~50 % en cirrosis. Tres vs dos dosis en no respondedores: 47 vs 25 %; dosis alta vs estándar: 53 vs 38 % (11 estudios, 961 pacientes). Revacunar si no hay inmunidad, considerando la vacuna con adyuvante TLR9, y confirmar la respuesta.
Influenza	Fuerte	Anual. ECA de 311 pacientes: influenza 2.3 vs 8.5 %. Metaanálisis (8,405): hospitalización RR 0.73.
SARS-CoV-2	Fuerte	Serie primaria (considerar refuerzos). Metaanálisis de 41,014 pacientes con cirrosis: mortalidad RR 0.29; posible sesgo del usuario sano.
VSR	Fuerte	Vacuna bivalente desde los 50 años. ECA en ≥60 años: eficacia 67 % contra enfermedad respiratoria baja; <2 % tenía enfermedad hepática. Todas son fuertes pese a certeza baja por su seguridad.

9 Errores frecuentes

ERROR	LO CORRECTO
Titular el carvedilol hasta una frecuencia cardiaca meta	Su efecto no depende de la frecuencia: 12.5 mg/día; suspender solo si hay bradicardia sintomática.
Dejar 7 días de antibiótico a todo sangrado digestivo alto	Curso corto de 2-3 días; alargarlo solo si hay más riesgo de infección.
Rifaximina a todo paciente con encefalopatía mínima	Lactulosa; la rifaximina se agrega tras encefalopatía franca con lactulosa.
Aspirina o estatina "para prevenir el cáncer de hígado"	No; la estatina solo con indicación cardiovascular.
Restringir proteínas por miedo a la encefalopatía	Meta de 1.2-1.5 g/kg de peso ideal/día.

10 Nutrición, ejercicio, tabaco y hueso (recomendaciones 15–18 y concepto 6)

TEMA	META O ACCIÓN	EVIDENCIA
Nutrición	Proteína 1.2–1.5 g/kg de peso ideal/día y 30–35 kcal/kg/día . Con obesidad: 25–35 kcal/kg/día (IMC 30–40) y 20–25 kcal/kg/día (IMC ≥40). Guiada por nutriólogo.	ECA de 100 pacientes descompensados y frágiles: menos hospitalizaciones (38 vs 58 %). El suplemento solo no aumenta la masa muscular; combinado con ejercicio, sí.
Ejercicio	Aeróbico + resistencia, estructurado, con evaluación y seguimiento; adaptable a pacientes que no caminan.	Programas de 8–14 semanas: más masa muscular, mejor fragilidad y menos caídas (6 vs 47 %), sin más eventos graves.
Tabaco	Consejería en todo fumador activo.	Fumar se asocia a carcinoma hepatocelular (HR 1.86) y colangiocarcinoma intrahepático (HR 1.47); 30 años después de dejarlo, el riesgo de carcinoma ya no está aumentado.
Hueso	Tamizar osteoporosis y tratarla; bisfosfonatos. Las vérices no contraindican el bisfosfonato oral.	Cirrosis: osteoporosis OR 1.93 y fractura OR 2.30. Fracturas a 5 años con bisfosfonato 28.0 vs 33.0 %. Menos de 1/4 tuvo densitometría solicitada y solo 23 % con osteoporosis recibió tratamiento.
Cáncer extrahepático	Tamizaje según edad si está compensado, sin fragilidad ni comorbilidad grave, o en evaluación para trasplante.	Riesgo 2 a 3 veces mayor que en la población general; es la principal causa de muerte en la cirrosis por esteatosis asociada a disfunción metabólica.

En cada consulta

- AUDIT-C
- Tabaco: consejería
- Proteína y calorías
- Ejercicio, fragilidad
- Revisar carvedilol si está indicado

Cada 6 meses

- Ultrasonido hepático
- AFP
(candidatos a tratar el carcinoma)

Cada año

- Influenza
- Tamizaje de cáncer según edad, si aplica

Una vez o al evento

- Inmunidad y vacuna VHA
- Inmunidad y vacuna VHB
- Serie SARS-CoV-2
- VSR si ≥50 años
- Densitometría
- Alta: visita <14 días
- Sangrado: antibiótico 2–3 días

Calendario preventivo elaborado por Medicina en Resumen a partir de las recomendaciones de la guía ACG 2026; no reproduce figuras de la guía. La periodicidad del tamizaje de cáncer y de la densitometría sigue las guías generales.

SOBRE ESTA GUÍA EN RESUMEN

Material educativo para profesionales de la salud y estudiantes de posgrado, elaborado con apoyo de inteligencia artificial y verificado contra la fuente original. Resume y compara recomendaciones; no sustituye la lectura de la guía ni el juicio clínico. Las dosis son de referencia: revisa la ficha técnica y la disponibilidad local de cada fármaco y vacuna. Los esquemas y tablas se elaboraron con los datos publicados; no reproducen figuras de la guía.

Fuentes completas, videos y otras guías en resumen: medicinaenresumen.com · @medicina.en.resumen

Preguntas tipo examen

1. Cirrosis compensada con várices grandes con marcas rojas, sin sangrado previo. ¿Qué recomienda la guía?

A) Propranolol titulado a FC 55 · B) Carvedilol o ligadura · C) Solo vigilancia endoscópica anual

B. Recomendación fuerte. En un ECA, primer sangrado 10 % con carvedilol vs 23 % con ligadura.

2. ¿Qué dosis de carvedilol propone la guía y cómo se ajusta?

A) 25 mg c/12 h, titulado por FC · B) 12.5 mg/día, sin titular por FC · C) 3.125 mg/día fijo

B. 6.25 mg si no se tolera 12.5 mg; suspender solo con bradicardia sintomática.

3. Elastografía 27 kPa, plaquetas 110,000, endoscopia sin várices de alto riesgo, sin ascitis. ¿Qué sugiere la guía?

A) Nada hasta que aparezcan várices · B) Carvedilol para reducir la primera ascitis · C) Ligadura profiláctica

B. Probable hipertensión portal clínicamente significativa (≥ 25 kPa): carvedilol, recomendación condicional.

4. Paciente con cirrosis y hematemesis por úlcera duodenal. ¿Antibiótico profiláctico?

A) No, solo aplica al sangrado variceal · B) Sí, 2–3 días · C) Sí, 10 días

B. Aplica a todo sangrado digestivo alto en cirrosis, variceal o no, con o sin ascitis.

5. Paracentesis de 7 L. ¿Cuánta albúmina?

A) Ninguna · B) 42–56 g · C) 100 g fijos

B. 6–8 g por litro extraído cuando se sacan más de 5 L.

6. ¿Cuál de estas es una recomendación EN CONTRA en la guía?

A) Rifaximina como prevención primaria en encefalopatía mínima · B) Lactulosa en encefalopatía mínima · C) Vacuna contra VSR a los 55 años

A. Revierte la encefalopatía mínima, pero no previno la franca (OR 0.44, IC 0.11–1.81). También en contra: aspirina para prevenir el carcinoma.

7. Paciente Child C fuera de la lista de trasplante. ¿Vigilancia semestral de carcinoma hepatocelular?

A) Sí, como todos · B) No, salvo que sea candidato a tratarlo · C) Solo con tomografía

B. La vigilancia es para candidatos: Child A–B, o Child C en lista de trasplante.

8. Paciente con cirrosis vacunado contra hepatitis B hace años, con anti-HBs negativo. ¿Qué haces?

A) Nada: ya está vacunado · B) Revacunar, considerando la vacuna con adyuvante TLR9 · C) Inmunoglobulina anual

B. En cirrosis responde ~50 %; confirmar la respuesta tras la revacunación.

9. ¿Qué meta de proteína propone la guía para la mayoría de los pacientes con cirrosis?

A) 0.6–0.8 g/kg/día · B) 1.2–1.5 g/kg de peso ideal/día · C) 2.5 g/kg/día

B. Con 30–35 kcal/kg/día, y de preferencia junto con ejercicio aeróbico y de resistencia.

Referencias

1. Tapper EB, Kardashian A, Debes JD, Gripshover J, Moon AM, Kim JJ, Lai JC. ACG Clinical Guideline: Preventive Care for Patients With Cirrhosis. Am J Gastroenterol. 2026 (publicada en línea el 5 de octubre de 2026). doi:10.14309/ajg.0000000000004186. Fuente de todas las cifras de esta guía en resumen, tomadas de su resumen de evidencia.