

Información del [Documento de consenso](#) de 2012 de las recomendaciones en Hipertensión Portal, auspiciado por la Sociedad Española de las Enfermedades Hepáticas (AEEH) y el Centro de Investigación Biomédica para el hígado y las enfermedades digestivas (CIBERehd):

- La hemorragia por varices esófago-gástricas es una de las principales complicaciones de la hipertensión portal por cirrosis. La mejora de la función hepática y la abstinencia alcohólica pueden producir la disminución del tamaño o, incluso, la desaparición de las varices.
- Alrededor de un cuarto de los pacientes cirróticos presentarán una hemorragia durante el seguimiento (GR: A).
- El riesgo de hemorragia es variable de acuerdo con la presencia de factores de riesgo. Los principales factores de riesgo de presentar la primera hemorragia por varices son el tamaño de las varices, la presencia de signos rojos y el grado de insuficiencia hepática evaluado según la clasificación de Child-Pugh (GR: A).
- El tamaño de las varices es el mejor parámetro pronóstico, con un riesgo de hemorragia de alrededor del 10% a los 2 años en pacientes con varices de pequeño tamaño y superior al 30% en pacientes con varices de gran tamaño (GR: B).
- Para que se produzca hemorragia por rotura de varices el gradiente de presión venosa hepática-GPVH- ha de ser ≥ 12 mmHg. La medición del GPVH es el mejor método para evaluar el grado de hipertensión portal, ya que representa el método de referencia en la evaluación clínica de los pacientes con hipertensión portal (GR: A). La hipertensión portal clínicamente significativa –CSPH-, con potencial para dar complicaciones, se define como aquella en la que el GPVH es al menos de 10 mmHg y viene definida por la presencia de varices, hemorragia por varices o ascitis (GR: A).
- La mortalidad del episodio de hemorragia por varices es de alrededor del 15-20% en las 6 semanas del inicio del episodio. El 60% de los supervivientes presentará una recidiva hemorrágica en el primer año si no se aplican tratamientos preventivos. El 30-40% de las recidivas ocurre en las primeras 6 semanas (GR: A).
- La probabilidad de supervivencia al año se reduce aproximadamente al 50% tras el primer episodio hemorrágico (GR: B).
- El tratamiento farmacológico con propranolol reduce en un 45% la incidencia de la primera hemorragia por varices esofágicas en pacientes con cirrosis (GR:A).
- Es posible que el carvedilol pudiera ser eficaz en este tipo de pacientes, pero debe demostrarse en estudios comparativos frente a propranolol. En la actualidad no existen datos para el uso de otras alternativas farmacológicas, incluyendo espironolactona y mononitrato de isosorbida.
- Se recomienda monitorización estrecha del paciente con ajuste de dosis de los BB en el tratamiento de la cirrosis, para detectar precozmente los efectos secundarios y favorecer el cumplimiento terapéutico. La dosis de los BB debe ser cuidadosamente individualizada, ajustando la posología al grado de insuficiencia, ya que la vida media de los fármacos puede aumentar en los pacientes con insuficiencia hepática o renal significativa. Los BB se administrarán a la máxima dosis tolerada hasta alcanzar una frecuencia cardiaca de 50-55 lpm; se debe iniciar el tratamiento con 40 mg, dos veces al día, y se puede aumentar la dosis gradualmente en función de la frecuencia cardiaca, hasta un máximo de 160 mg, dos veces al día.
- La dosis máxima del propranolol aconsejada es de 320 mg/día, repartida en 2 tomas.