

Resumen ejecutivo

Informe Anual de Cirrosis Hepática en Argentina 2025

Sociedad Argentina de Hepatología (SAHE) | Observatorio Nacional de Enfermedades Hepáticas (ONEH)

Comisión Directiva SAHE 2024-2025

Presidente: Dr. Esteban González Ballerga

Vicepresidente: Dr. Juan Carlos Bandi

Secretario: Dr. Andrés Bruno

Prosecretario: Dr. Guillermo Tsariktsian

Tesorero: Dr. Daniel Poncino

Protesorero: Dr. Manuel Barbero

Vocales Titulares: Dr. Luis Gaite | Dr. Matías Bori | Dr. Ignacio Roca | Dra. Melisa Dirchwolf

Vocales Suplentes: Dra. Marcela De Sousa | Dra. Andrea Curia | Dr. Fernando Barreyro | Dra. Natalia Sobenko

Órgano de Fiscalización: Titular: Dr. Fernando Cairo. Suplente: Dr. Omar Galdame

Comisión Directiva SAHE 2026-2027

Presidente: Dr. Juan Carlos Bandi

Vicepresidente: Dr. Daniel Alberto Poncino

Secretario: Dr. Guillermo Tsariktsian

Prosecretario: Dr. Ignacio Ernesto Roca

Tesorero: Dr. Manuel Barbero

Protesorero: Dr. Matías Sebastián Bori

Vocales Titulares: Dra. Marcela De Sousa | Dra. Andrea Curia | Dr. Fernando Barreyro | Dra. Natalia Sobenko

Vocales Suplentes: Dra. María Laura Garrido | Dr. María Del Valle Aubone | Dra. Josefina Pagés | Dr. Gonzalo Daniel Gómez Perdiguero

Órgano de Fiscalización: Titular: Dr. Sebastián Ferretti. Suplente: Dra. Mónica Marino

ONEH

Equipo Multidisciplinario Central

Daruich Jorge	CABA
del Rey Giannina	CABA
Fassio Eduardo	Prov. Buenos Aires
Fernandez Guillermo	Mendoza
García Daniel Santiago	Prov. Buenos Aires
González Ballerga Esteban	CABA
Manero Estela Florencia	Jujuy
Mendizabal Manuel	Prov. Buenos Aires
Reggiardo María Virginia	Santa Fe

Referentes Regionales

Bruno Andrés	CABA
Coccozzella Daniel	Conurbano Sur, PBA y La Plata
D'Amico Claudia	Interior PBA
Gualano Gisela	Noreste
Paz Silvia	CABA
Peche Marcelo	Patagonia
Perez Daniela	Noroeste
Reyes Toso María Laura	CABA
Ruffillo Gabriela	Conurbano Noroeste, PBA
Sirotsky María Ester	Patagonia
Tanno Federico	Centro Este
Vilcinskas Natalie	Cuyo
Zerega Alina	Centro Oeste

Fundación Dynamis

Mg. Enrique H. Rios. Presidente de la Fundación Dynamis. Especialista en Gestión de Políticas Públicas y Sistemas de Información Sanitaria.

Mg. Sebastian J. García. Especialista en análisis epidemiológico y estrategias sanitarias.

Consultor Estadístico

Esp. Manuel Flocco. Especialista en métodos cuantitativos y análisis de datos. Responsable del procesamiento, análisis y presentación de la información del registro ONEH-SAHE.

Secretaria

Gabriela Delgado. Rol estratégico de soporte administrativo y organizativo.

Miembros Integrantes responsables de la recopilación de datos y los servicios de hepatología participantes

Apellidos	Nombres	Centro	Jurisdicción
Anselmo	María Nerea	Clínica Esquel	Chubut
Atencio Varga	María Victoria	Hospital Descentralizado Dr. Guillermo Rawson	San Juan
Aubone	María del Valle	Hospital Descentralizado Dr. Guillermo Rawson	San Juan
Barreyro	Fernando	Sanatorio Integral IOT	Misiones
Blazquez	Laura	Hospital Central de Mendoza	Mendoza
Bori	Matías Sebastián	Hospital de Clínicas José de San Martín	CABA
Caballini	Pablo	Hospital de Emergencias Dr. Clemente Alvarez	Santa Fe
Cáceres	Eliana Lorena	Sanatorio de la Cañada	Córdoba
Cáceres	Francisco Javier	HIGA Profesor Dr. Luis Güemes	Conurbano Bonaerense
Capaldi	Ianina	Hospital Italiano de La Plata	La Plata e Interior Prov Buenos Aires
Choque Vargas	Cinthia Tomasa	Centro Médico San Alberto Consultorio Particular	Conurbano Bonaerense
		Sanatorio San Cayetano	CABA
Coccozzella	Daniel	Hospital Italiano de La Plata Hospital San Roque	La Plata e Interior Prov. Buenos Aires
Curia	Andrea Alejandra	Hospital de Clínicas José de San Martín	CABA
D' Amico	Claudia Alejandra	Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMA)	La Plata e Interior Prov. Buenos Aires
Daruich	Jorge	Consultorio Particular	CABA
		Hospital de Clínicas José de San Martín	
De la Vega	Sabina Noel	Caps Favaloro	Chubut
del Rey	Giannina	Sanatorio Dr. Julio Mendez	CABA

Diocares	Luciano Alfredo	Hospital Provincial Neuquén Dr. Castro Rendon	Neuquén
Díaz Clavel	Florencia Agostina	Hospital de Clínicas José de San Martín	CABA
Elizondo	Carlos Hernán	Hospital de Clínicas José de San Martín	CABA
Fassio	Eduardo	Consultorio Particular Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas	Conurbano Bonaerense
Fernandez	Guillermo	GAHEEND Hospital Teodoro J. Schestakow	Mendoza
Ferretti	Sebastián	Hospital del Centenario	Santa Fe
Ferreya	Guillermo	Hospital Privado Universitario de Córdoba Nuevo Hospital San Roque	Córdoba
Fuentes Zeballos	Sebastián Ricardo	Hospital de Clínicas José de San Martín	CABA
García	Daniel Santiago	Consultorio Particular Sanatorio Dr. Julio Mendez	CABA
García Dans	Carlos	Hospital Zonal Bariloche Dr. Ramon Carrillo	Río Negro
Garrido	María Laura	Hospital Central Dr. Ramón Carrillo	San Luis
Gelvez Duarte	Jesús	Hospital de Clínicas José de San Martín	CABA
Gerling	Norberto Adrián	Hospital Zonal Bariloche Dr. Ramon Carrillo	Río Negro
Gonzales Benítez	Melisa Laura	Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas	Conurbano Bonaerense
Gonzalez Ballerga	Esteban	Hospital de Clínicas José de San Martín	CABA
Grigera	Nadia Lorena	Instituto Médico de la Comunidad	Río Negro
Gualano	Gisela	Hospital Regional Dr. Ramon Carrillo	Santiago del Estero
Gutiérrez	Sara Lucía	Hospital Pablo Soria Sanatorio Nuestra Señora del Rosario	Jujuy
López Villa	Sarah Daniela	Sanatorio Allende	Córdoba
Manero	Estela	Hospital Pablo Soria Sanatorio Nuestra Señora del Rosario	Jujuy
Martínez Artola	Yamila	Sanatorio Dr. Julio Mendez	CABA
Mendizabal	Manuel	Hospital Municipal Central de San Isidro	Conurbano Bonaerense

		Hospital Universitario Austral	
Mengarelli	Silvia Estela	Nuevo Hospital San Roque	Córdoba
Mir	Virginia	Hospital Privado Universitario de Córdoba	Córdoba
Moreno	Valeria Antonia	Nuevo Hospital San Roque	Córdoba
Mosqueda	Nancy Mabel	Hospital Julio C. Perrando	Chaco
Murga	María Dolores	Hospital Ángel C. Padilla	Tucumán
Ocampo	Silvana Alicia	INCOR Consultorios Médicos	La Rioja
Ochoa de la Maza	María Ximena	Hospital Italiano de La Plata Hospital San Roque	La Plata e Interior Prov. Buenos Aires
Palazzo	Ana Gracia	Hospital Ángel C. Padilla	Tucumán
Palma Cerón	Lina Marcela	Hospital de Clínicas José de San Martín	CABA
Pardo Ivirico	Ilse Lorena	Hospital de Clínicas José de San Martín	CABA
Paredes	Sebastián	Hospital Central Hospital de Alta Complejidad Presidente Juan Domingo Perón	Formosa
Peche	Marcelo	Centro de Enfermedades Digestivas	Río Negro
Pinilla Vargas	Andrés Felipe	Hospital de Clínicas José de San Martín	CABA
Poncino	Daniel	Sanatorio Dr. Julio Méndez	CABA
Pérez	Daniela	Hospital Ángel C. Padilla	Tucumán
Pérez	María Soledad	Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas	Conurbano Bonaerense
Pérez Ravier	Roberto	Hospital Central de Mendoza	Mendoza
Ratusnu	Natalia	Hospital Regional Río Grande	Tierra del Fuego
Reggiardo	María Virginia	Hospital del Centenario Sanatorio Americano	Santa Fe
Renna	Marcia Ornella	Hospital Descentralizado Dr. Guillermo Rawson	San Juan
Rezzonico	Lucrecia	Centro Integral de Hepatología	La Plata e Interior Prov Buenos Aires
Rovey	Lucrecia Roxana	Centro Médico AIRHE INCOR Consultorios Médicos	La Rioja
Ruffillo	Gabriela Edith	Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas	Conurbano Bonaerense
Ruiz	Pablo Marcelo	Hospital Regional Río Gallegos	Santa Cruz

Sirotinsky	María Ester	Centro de Estudios Digestivos	Chubut
Soto Oca	Omar Antonio	Hospital José Ramón Vidal	Corrientes
Tanno	Federico	Hospital del Centenario	Santa Fe
Tevez	Silvina	Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas	Conurbano Bonaerense
Tolaba	Silvia Analía	Hospital Pablo Soria	Jujuy
Tonatto	Cora	Hospital San Bernardo Instituto Médico Savia Salud	Salta
Trillo	María Ayelen	Hospital Italiano de La Plata	La Plata e Interior Prov Buenos Aires
Varela	Eva	Sanatorio Adventista del Plata	Entre Ríos
Vera	Natalia Vanesa	Hospital de Clínicas José de San Martín	CABA
Vilcinskaskas	Natalie	Hospital Central de Mendoza	Mendoza
Vinueza Rosero	Miguel Ernesto	Hospital de Clínicas José de San Martín	CABA
Zerega	Alina Raquel	Sanatorio Allende	Córdoba
Zunino	Sabrina Lorena	Hospital Descentralizado Dr. Guillermo Rawson	San Juan

Contenido

573 casos de cirrosis diagnosticados en 2025	51 centros participantes	22/24 jurisdicciones con registros
61,8% cirrosis descompensada al diagnóstico	76,6% hipertensión portal clínicamente significativa	>70% etiología vinculada a disfunción metabólica y/o alcohol

Mensaje central

El primer registro nacional prospectivo de cirrosis del ONEH-SAHE muestra una transición epidemiológica clara: la disfunción metabólica, sola o combinada con alcohol, ya ocupa el centro de la carga de cirrosis en Argentina. MASLD fue la etiología más frecuente y el alcohol la segunda. En conjunto, MASLD, alcohol y MetALD explican más del 70% de los diagnósticos.

El hallazgo asistencial más relevante es la llegada tardía: casi dos tercios de los pacientes fueron diagnosticados en fase descompensada y tres de cada cuatro ya tenían hipertensión portal clínicamente significativa. La ascitis fue el principal motivo de derivación, lo que indica que una proporción sustancial accede al hepatólogo cuando la enfermedad ya modificó su pronóstico.

El informe, por lo tanto, no sólo describe etiologías: identifica una ventana de intervención sanitaria. Los hallazgos de laboratorio, imágenes, FIB-4 y elastografía deben convertirse en herramientas sistemáticas de detección y derivación antes de la primera descompensación.

Alcance y naturaleza del registro

- Registro prospectivo de casos diagnosticados durante 2025, cargados por profesionales especializados y con evaluación clínica de hasta 12 semanas.
- No debe interpretarse como prevalencia poblacional nacional, sino como caracterización nacional de casos captados por la red ONEH-SAHE.
- El valor distintivo es la calidad clínica de la captura: diagnóstico y estadificación realizados por especialistas en enfermedades hepáticas.

1. Perfil de la cohorte y forma de llegada al especialista

La cohorte tuvo leve predominio masculino (312 varones; 54,5%) y edad promedio aproximada de 60,6 años. La mayor concentración de casos se observó entre los 50 y 69 años. El nivel educativo informado fue principalmente primario, y la cobertura fue mayoritariamente de obra social, seguida por el sector público.

Variable	Resultado
Sexo	54,5% masculino; 45,5% femenino
Edad	Promedio cercano a 60,6 años; pico entre 60-69 años
Cobertura	Obra social 54%; pública 38%; privada 8%
Ámbito de diagnóstico	Ambulatorio 74,9%; internación 25,1%
Jurisdicciones con más casos	Buenos Aires, Jujuy y CABA

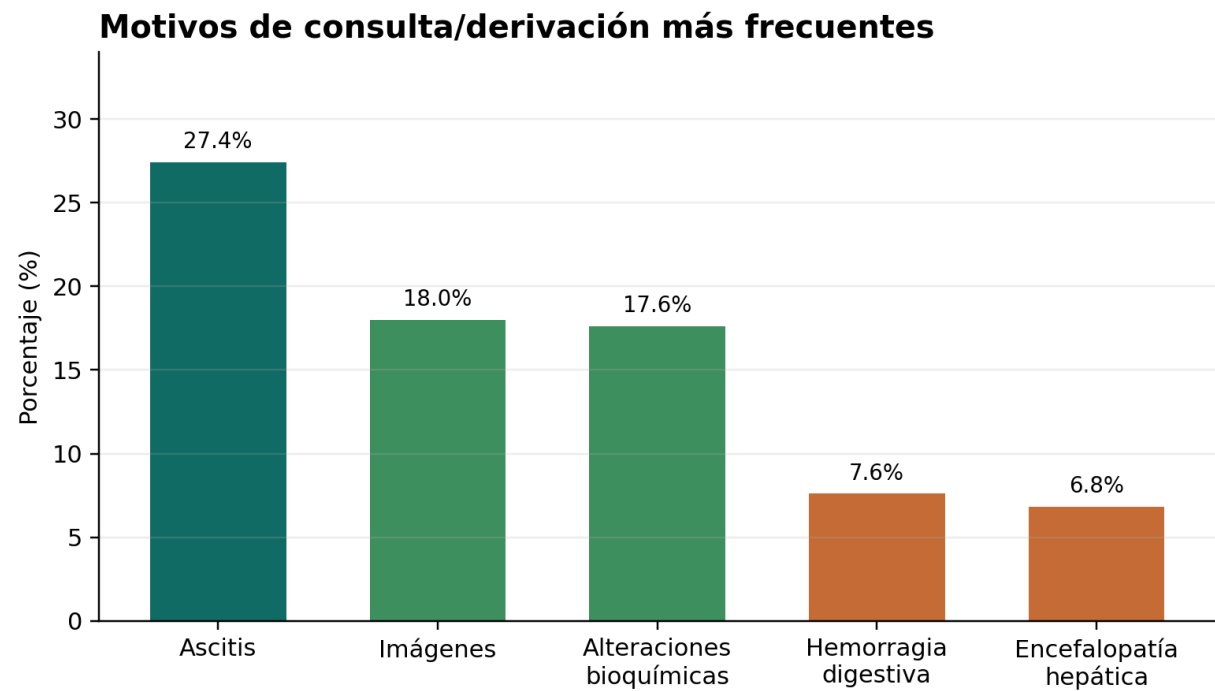


Figura 1. Motivos más frecuentes de consulta o derivación. Fuente: Registro ONEH-SAHE 2025.

La ascitis fue el motivo de consulta/derivación más frecuente (27,4%). Las imágenes y las alteraciones bioquímicas explicaron algo más de un tercio de los motivos, lo que sugiere una oportunidad concreta de detección anticipada. Cuando la ascitis se presentó junto con hemorragia digestiva o encefalopatía, el patrón reflejó una derivación tardía, ya en fase de enfermedad clínicamente complicada.

El dato de diagnóstico ambulatorio debe interpretarse junto con la alta proporción de cirrosis descompensada: muchos pacientes llegan al especialista fuera de una internación, pero no necesariamente en fases tempranas.

2. Etiología: transición hacia causas metabólicas y alcohol

La distribución etiológica confirma un cambio del perfil de la cirrosis en Argentina. MASLD fue la principal etiología por diagnósticos (38,7%), seguida por alcohol (25,5%). Hepatitis C y MetALD representaron cada una 8,43%, seguidas por hepatitis autoinmune (7,44%) y colangitis biliar primaria (5,79%).

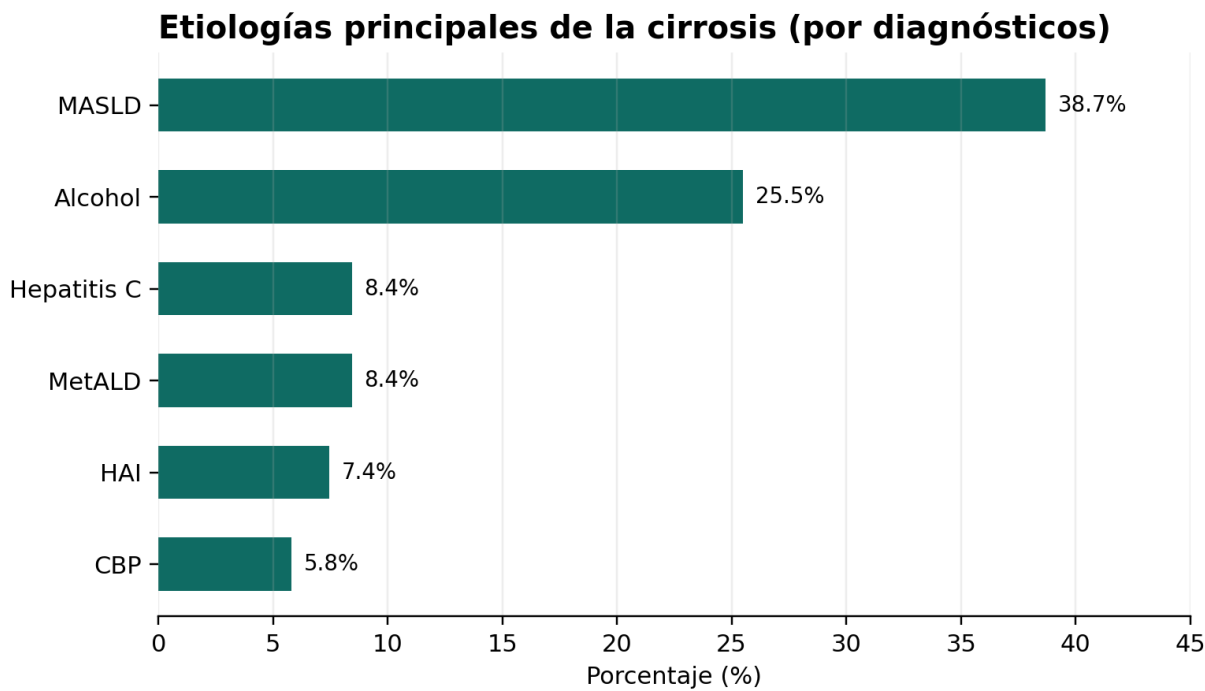


Figura 2. Etiologías principales. Cada paciente puede aportar más de una etiología; porcentajes sobre diagnósticos etiológicos.

Lectura regional

- MASLD fue la primera causa en la mayoría de las regiones y alcohol la segunda.
- En Centro Este (Santa Fe y Entre Ríos) predominó alcohol sobre MASLD (51,2% vs 30,2%).
- En Patagonia, MASLD y alcohol estuvieron equiparadas; además, las etiologías autoinmunes/colestásicas tuvieron mayor peso relativo.
- Hepatitis C tuvo mayor proporción relativa en la región Buenos Aires (17,2%).

Interpretación ejecutiva

La cirrosis por disfunción metabólica y alcohol no es una categoría marginal: constituye el núcleo del problema sanitario. La caída relativa de hepatitis C y B como causa de cirrosis es compatible con el impacto de tratamientos antivirales y vacunación, pero persisten diagnósticos tardíos, especialmente por hepatitis C, con impacto en hepatocarcinoma.

3. Severidad: predominio de enfermedad avanzada al diagnóstico

De los 573 pacientes, 354 (61,8%) se diagnosticaron en fase de cirrosis descompensada. La hipertensión portal clínicamente significativa estuvo presente en 439 pacientes (76,6%). Esta combinación muestra que el diagnóstico ocurre frecuentemente después de que la enfermedad ya generó consecuencias pronósticas.

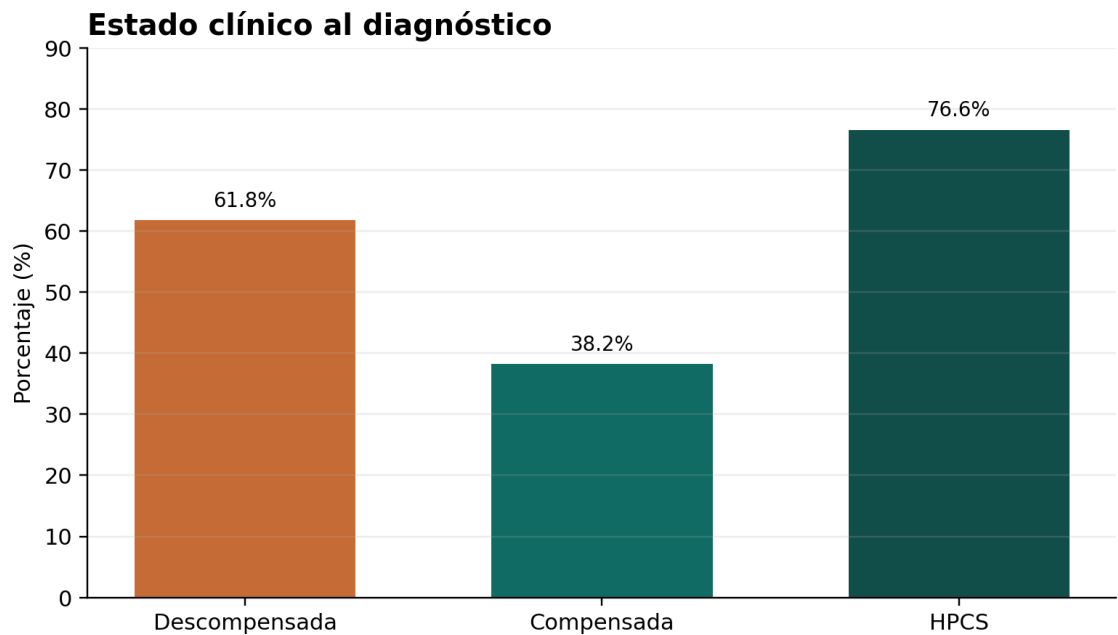


Figura 3. Estado clínico al diagnóstico y presencia de hipertensión portal clínicamente significativa (HPCS).

Complicaciones

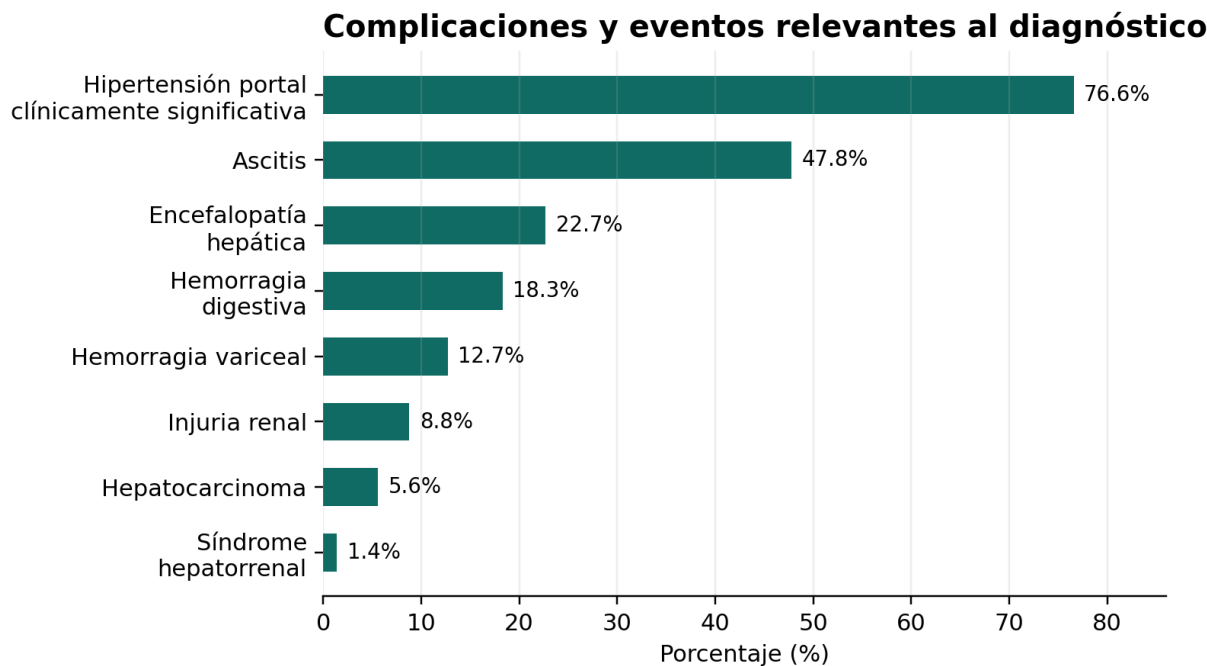


Figura 4. Complicaciones y eventos clínicos relevantes en la cohorte total.

La ascitis fue la complicación más frecuente (47,8%) y, dentro de ella, predominó la forma moderada. La encefalopatía hepática se observó en 22,7%, mayoritariamente grados I-II. La hemorragia digestiva se registró en 18,3%; la causa principal fue variceal. La injuria renal fue menos frecuente (8,8%) y el síndrome hepatorenal fue bajo (1,4%), dato que requiere seguimiento por posible subdiagnóstico, perfil ambulatorio de la cohorte o diferencias fenotípicas.

Se identificaron 39 casos de falla hepática aguda sobre crónica (ACLF), equivalentes al 11% de los pacientes descompensados. Las causas de descompensación fueron: sin causa aparente 41%, consumo de alcohol 22% e infección bacteriana 14%.

4. Fenotipos principales: MASLD, alcohol y MetALD

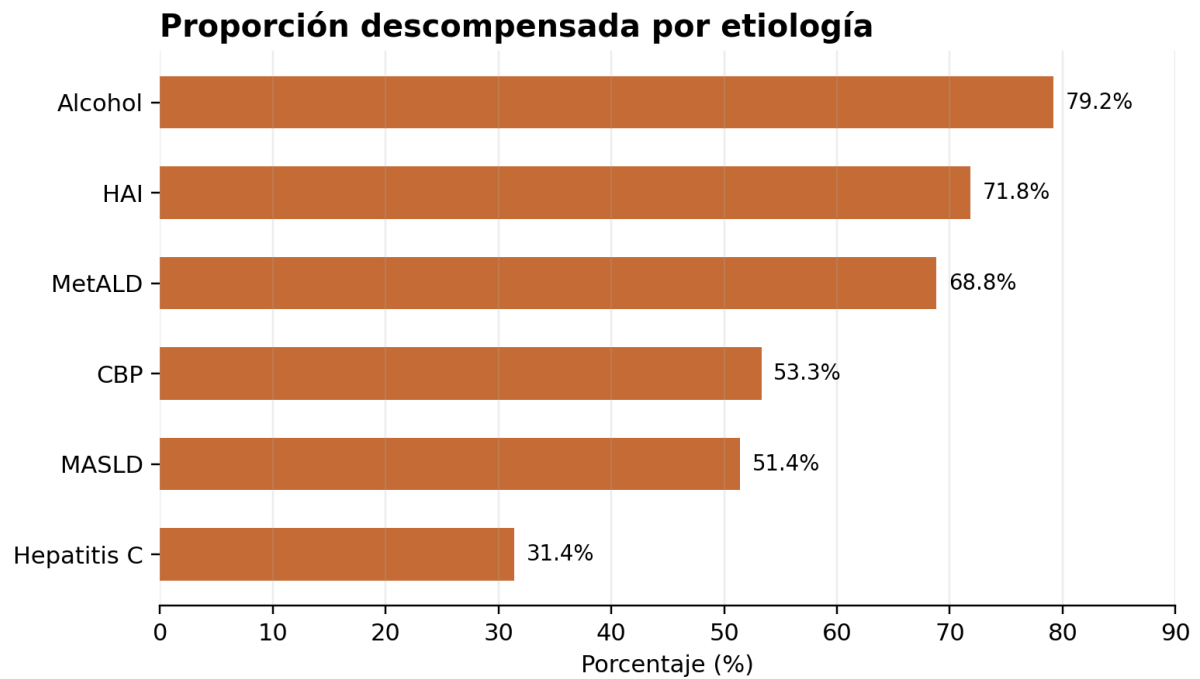


Figura 5. Proporción de pacientes descompensados según etiología principal.

MASLD: principal causa nacional

MASLD representó la primera causa de cirrosis. Predominó en mujeres (63,7%) y se concentró en la sexta década de la vida. A diferencia de alcohol, cerca de la mitad de los pacientes con MASLD se diagnosticaron en fase compensada, lo que la convierte en una etiología con alto potencial para detección anticipada y prevención de descompensación.

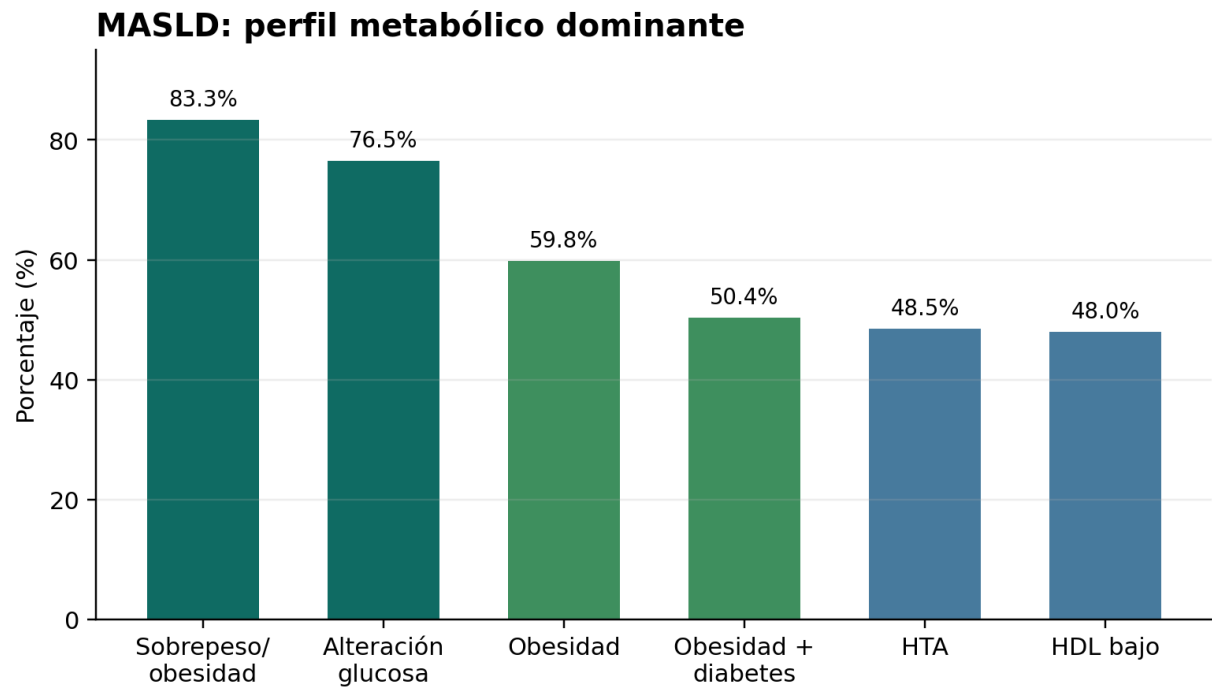


Figura 6. MASLD: factores metabólicos dominantes en la cohorte.

El perfil metabólico fue marcado: 83,3% tenía sobrepeso u obesidad, 59,8% obesidad, 76,5% alguna alteración del metabolismo de la glucosa y 50,4% la combinación obesidad + diabetes. La presencia de diabetes aun en pacientes con IMC normal refuerza que el tamizaje hepático no debe limitarse al peso.

5. Alcohol y MetALD: mayor severidad clínica inicial

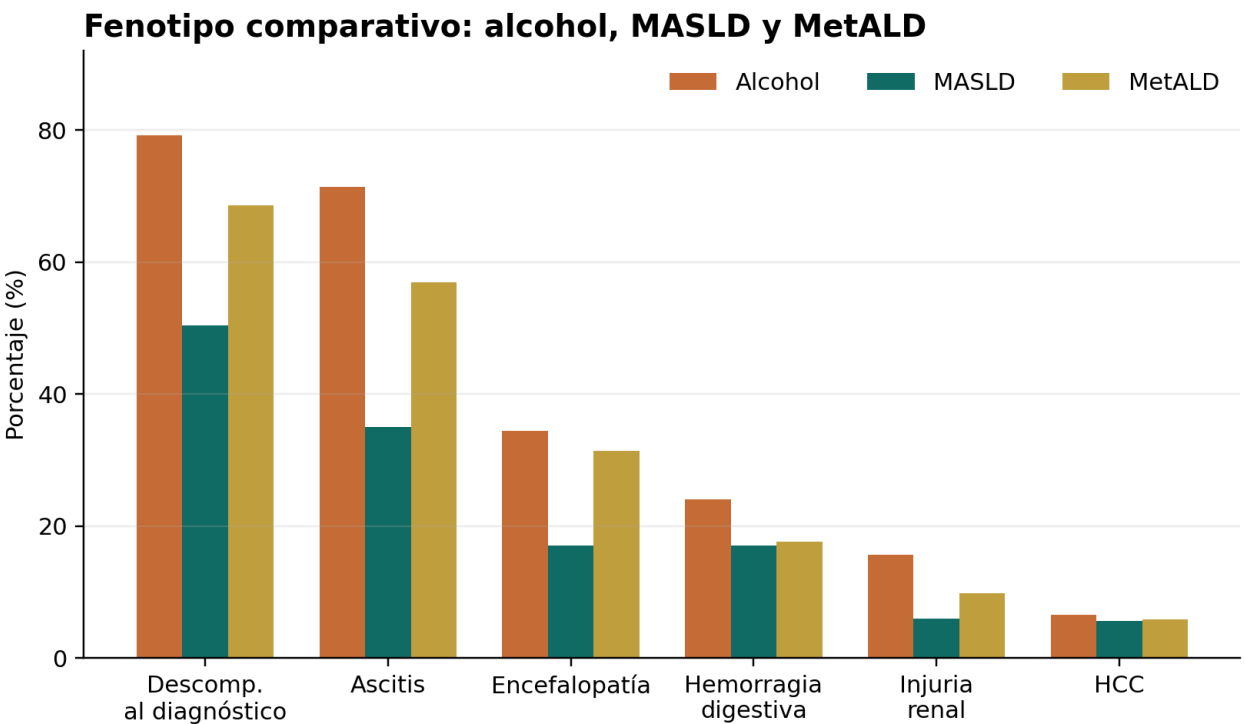


Figura 7. Comparación de eventos entre alcohol, MASLD y MetALD.

La cirrosis por alcohol fue la segunda etiología nacional y mostró un fenotipo de mayor severidad: 79,2% estaba descompensado al diagnóstico y los scores Child-Pugh y MELD-Na fueron más altos que en MASLD. El consumo promedio semanal fue elevado, predominantemente regular, y en la mayoría de los casos sostenido por más de 10 años. El principal evento de presentación fue la ascitis.

MetALD representó 8,9% de los casos y tuvo características intermedias entre MASLD y alcohol, aunque más cercanas al fenotipo alcohólico: predominio masculino (88,2%), 68,6% descompensado y mayor carga de complicaciones que MASLD. Esta categoría debe seguirse en el tiempo porque su definición es reciente y su historia natural todavía se encuentra en consolidación.

Autoinmunidad y hepatitis virales

Las enfermedades autoinmunes/colestásicas representaron 13,8% de los casos, con predominio femenino y mayor frecuencia entre 50 y 59 años. Hepatitis autoinmune mostró tendencia a mayor severidad, con MELD-Na y Child-Pugh elevados, y una proporción relevante de evaluación para trasplante.

Hepatitis C ya no domina la etiología global, pero sigue siendo clínicamente relevante: 51 casos, 70,6% con viremia detectable y 76,5% sin tratamiento previo. En pacientes con hepatitis C, 11 desarrollaron HCC, lo que sostiene la necesidad de testeo, confirmación de viremia, tratamiento oportuno y vigilancia oncológica aun después de la cura.

6. Hepatocarcinoma, trasplante y desenlaces tempranos

Se documentaron 32 casos de hepatocarcinoma (5,58% de la cohorte). Predominaron varones (75%) y la mediana de edad fue 69 años. El 68,8% estaba descompensado al diagnóstico. Las etiologías más frecuentes en este subgrupo fueron MASLD, hepatitis C y alcohol; cada paciente podía presentar más de una etiología.

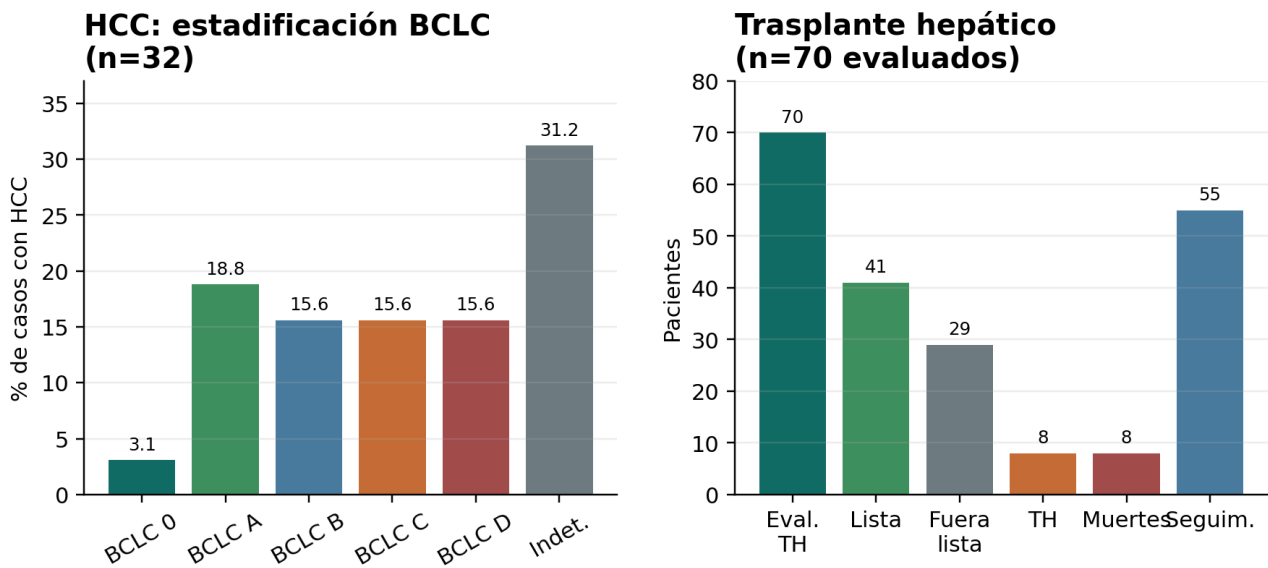


Figura 8. Estadificación BCLC en hepatocarcinoma y trayectoria de pacientes evaluados para trasplante hepático.

La estadificación BCLC mostró una mezcla de detección potencialmente tratable y diagnóstico tardío: 37,5% se encontraba en estadios 0, A o B, mientras que 31,2% quedó indeterminado. Este último punto sugiere una oportunidad de mejora operativa en estadificación y registro.

Fueron evaluados para trasplante hepático 70 pacientes (12,2% de la cohorte); 60 de ellos (85,7%) tenían cirrosis descompensada. Ingresaron a lista 41 pacientes y 29 quedaron fuera de lista. Al corte del informe se habían realizado 8 trasplantes, se registraron 8 fallecimientos y 55 pacientes continuaban en seguimiento.

7. Implicancias y prioridades

- Instalar tamizaje hepático en población con diabetes, obesidad, síndrome metabólico y consumo de alcohol de riesgo, usando laboratorio, FIB-4, ecografía y elastografía cuando esté disponible.
- Crear circuitos de derivación temprana al hepatólogo antes de ascitis, hemorragia variceal o encefalopatía.
- Fortalecer intervenciones sobre alcohol: detección sistemática, tratamiento de consumo problemático e integración con salud mental y clínica médica.
- Sustener estrategias de eliminación de hepatitis virales: testeo, confirmación de viremia, acceso al tratamiento y seguimiento postcura con vigilancia de HCC cuando corresponda.
- Estandarizar vigilancia de HCC, evaluación de hipertensión portal y criterios de trasplante, junto con mejora de completitud de datos en educación, elastografía, VEDA y estadificación BCLC.

Conclusión ejecutiva

El registro ONEH-SAHE 2025 muestra que la cirrosis en Argentina se diagnostica tarde y que su etiología principal ya es metabólica, con alcohol como segundo determinante y MetALD como zona de superposición clínicamente relevante. La prioridad sanitaria es desplazar el diagnóstico desde la complicación hacia el riesgo: detectar antes, derivar antes y sostener seguimiento especializado.