



29º CONGRESO

SETH A Coruña

15-17 noviembre 2023

Palexco



ACLF: Cuándo es demasiado tarde

Carmen Vinaixa Aunés

Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia



Agenda

- ACLF: Concepto
- Manejo y tratamiento ACLF
- ACLF y Trasplante
 - Resultados
 - Predicción de mortalidad en lista de espera
 - Predicción de mortalidad post-TH

ACLF: Concepto

- ***Un poco de historia...***

- Término surgido por primera vez en 1995: revisión de casos en Japón
- en contraposición a “Fallo Hepático Agudo”
- Reunión consenso AASLD / EASL 2011
- Publicación estudio CANONIC (EASL-CLIF Consortium) en 2013 → Popularidad creciente en los últimos años

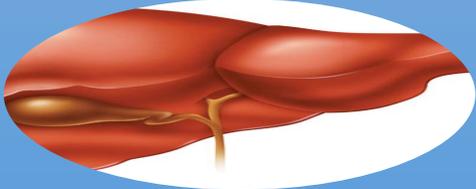
ACLF: Distintas definiciones

	APASL	EASL - CLIF	NACSELD
Origen	Consenso & observacional	Prospectivo, observacional	Prospectivo
Intervalo precipitante - ACLF	4 semanas		No definido
Definición hepatopatía "crónica"	Hepatopatía crónica, o cirrosis compensada	Cirrosis, compensada o descompensada	Cirrosis descompensada
Fracaso hepático	Obligado Bili > 5 mg/dL	No necesario Bili > 12 mg/dL → FH	No necesario
Fracaso renal	No necesario	Obligado Creat > 1.5mg/dL ACLF Creat > 2mg/dL → FR	Obligado TRS
Coagulopatía	Obligado INR > 1.5	No necesario INR > 2.5 → FC	No necesario
Tiempo con mortalidad elevada	No definido	3 meses	No definido
Factores precipitantes			
- Alcohol, Fármacos, Virus, Cirugías	- Si		- Si
- Infecciones/Sepsis			
- HDA varicosa	- No		- Si
	- No hay consenso		- Si

1. Sarin SK et al. *Hepatology* 2009.
2. Moreau R et al. *Gastroenterology* 2013.
3. O'Leary et al. *Hepatology* 2018.

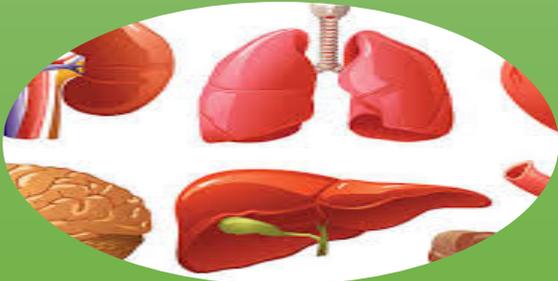
ACLF: Definición CLIF-C / CANONIC

- Pacientes jóvenes (50-55 años) con cirrosis descompensada
- Desarrollo simultáneo de:



Descompensación hepática aguda

- Ascitis
- Encefalopatía
- HDA
- +/- Infección bacteriana



Fracaso orgánico (1 o más órganos)

- Hígado
- Riñón
- Cerebro
- Coagulación
- Circulatorio
- Respiratorio



Peor pronóstico que descompensación aguda aislada

Cerebral

- HE grade I-II (West-Haven criteria)
- HE grade III-IV (West-Haven criteria)

Respiration

- $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 200$
or
- $\text{SpO}_2/\text{FiO}_2 \leq 214$

Circulation

- Need for vasopressor

Liver

- Bilirubin ≥ 12.0 mg/dl

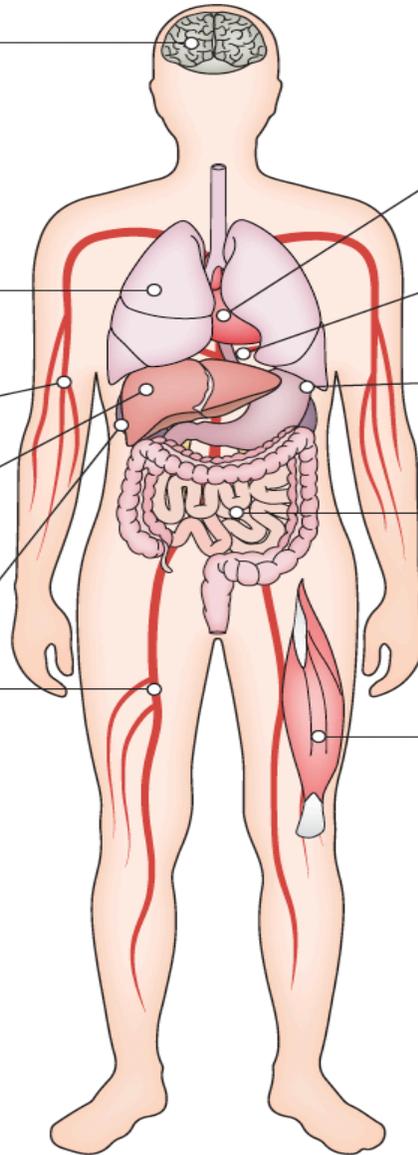
Coagulation

- INR ≥ 2.5

Kidney

- Creatinine 1.5-1.9 mg/dl
- Creatinine ≥ 2 mg/dl
- Need for renal replacement therapy

Organ function assessment



Heart

- Cirrhotic cardiomyopathy

Immune system

- Immune deficiency
- Systemic inflammation

Adrenal glands

- Adrenal insufficiency

Gut

- Barrier dysfunction
- Bacterial translocation

Muscle

- Sarcopenia
- Frailty

ACLF grade

ACLF 1a

ACLF 1b Except for kidney + or/ and

ACLF 2

ACLF 3a

ACLF 3b or more

Moreau R, EASL CPG ACLF 2023

CLIF-C Organ Failure (OF) score

Bilirubin	<input type="text"/> mg/dl	Liver score <input type="text"/> Liver failure <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Creatinine	<input type="text"/> mg/dl	Kidney score <input type="text"/> Renal failure <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Renal replacement therapy	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
West-Haven grade for HE	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	Brain score <input type="text"/> Cerebral failure <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
INR	<input type="text"/>	Coagulation score <input type="text"/> Coagulation failure <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
MAP	<input type="text"/> mmHg	Circulatory score <input type="text"/> Circulatory failure <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Use of vasopressors (Circulatory failure indication)	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
Select one: <input checked="" type="radio"/> PaO ₂ (preferred) <input type="radio"/> SpO ₂	<input type="text"/> mmHg <input type="text"/> %	Lung score <input type="text"/> Respiratory failure <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
FiO ₂	<input type="text"/> %	
Mechanical Ventilation	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
Total Number Failures		<input type="text"/>
CLIF Organ Failure Score		<input type="text"/>
ACLF Grade		<input type="text"/>

CLIF-C ACLF
score =
CLIF- C OF score
+
Edad
+
Recuento leucocitos



Estimación mortalidad
3, 6, 12 meses

PRONÓSTICO ACLF CANONIC

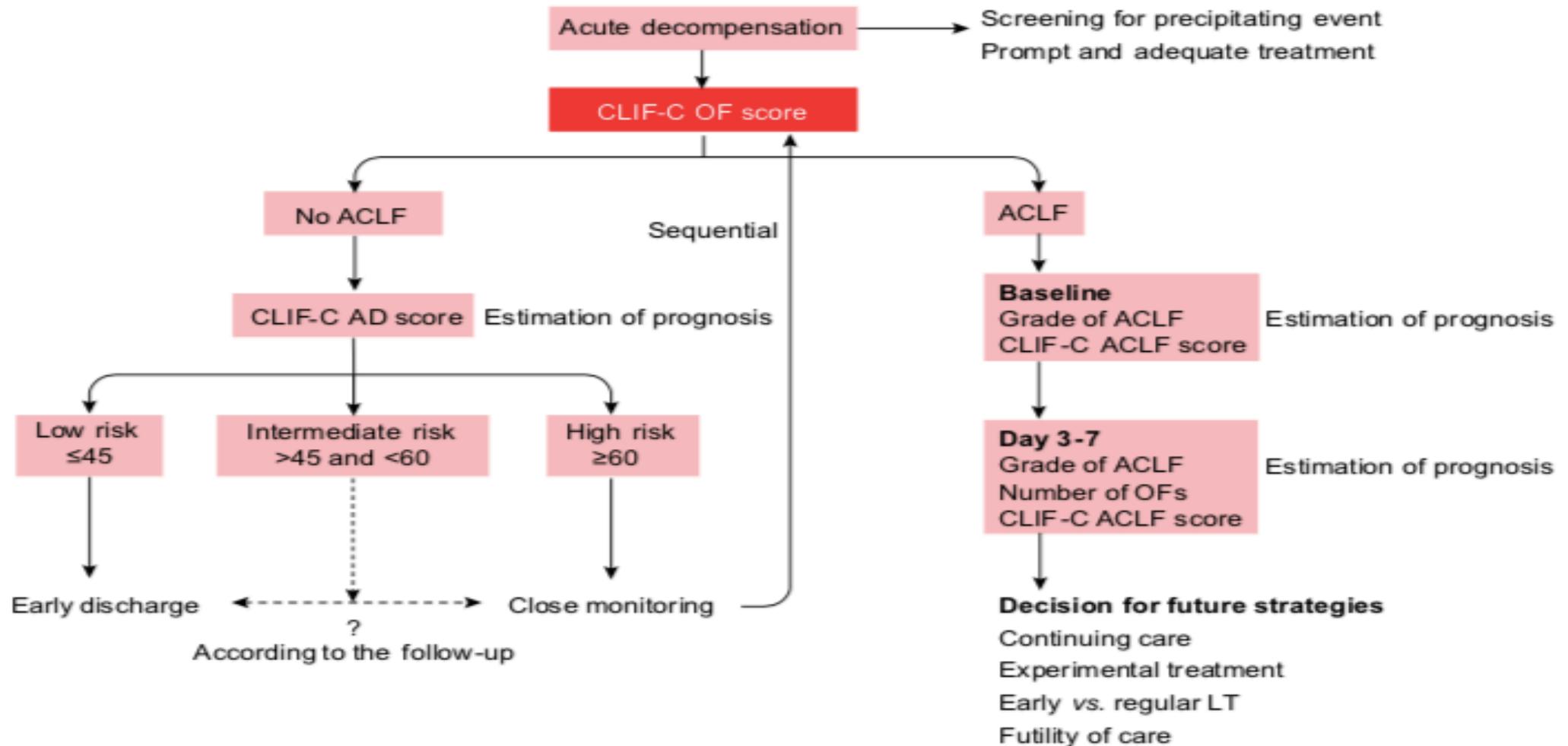
Grados de ACLF	Características clínicas	N	Mortalidad 28 días	Mortalidad 90 días
No ACLF	No hay fallo orgánico, o únicamente uno que no sea el riñón (Creatinina <1.5, no EH)	1040 (77%)	4,7%	14%
ACLF grado 1a	Fallo renal (Creat > 2 mg/dL)	148 (11%)	22%	40,7%
ACLF grado 1b	FO (no renal) + Cr. >1.5 y <2 y/o EH grado 1-2			
ACLF grado 2	2 fallos orgánicos	108 (8%)	32%	52%
ACLF grado 3	3 o más fallos orgánicos.	47 (3,5%)	76,7%	79,1%

PRONÓSTICO ACLF CANONIC

Grados de ACLF	Características clínicas	N	Mortalidad 28 días	Mortalidad 90 días
No ACLF	No hay fallo orgánico, o únicamente uno que no sea el riñón (Creatinina <1.5, no EH)	1040 (77%)	4,7%	14%
ACLF grado 1a	Fallo renal (Creat > 2 mg/dL)	148 (11%)	22%	40,7%
ACLF grado 1b	FO (no renal) + Cr. >1.5 y <2 y/o EH grado 1-2			
ACLF grado 2	2 fallos orgánicos	108 (8%)	32%	52%
ACLF grado 3	3 o más fallos orgánicos.	47 (3,5%)	76,7%	79,1%

Manejo y tratamiento ACLF

ACLF: Evaluación dinámica



ACLF: Tratamientos

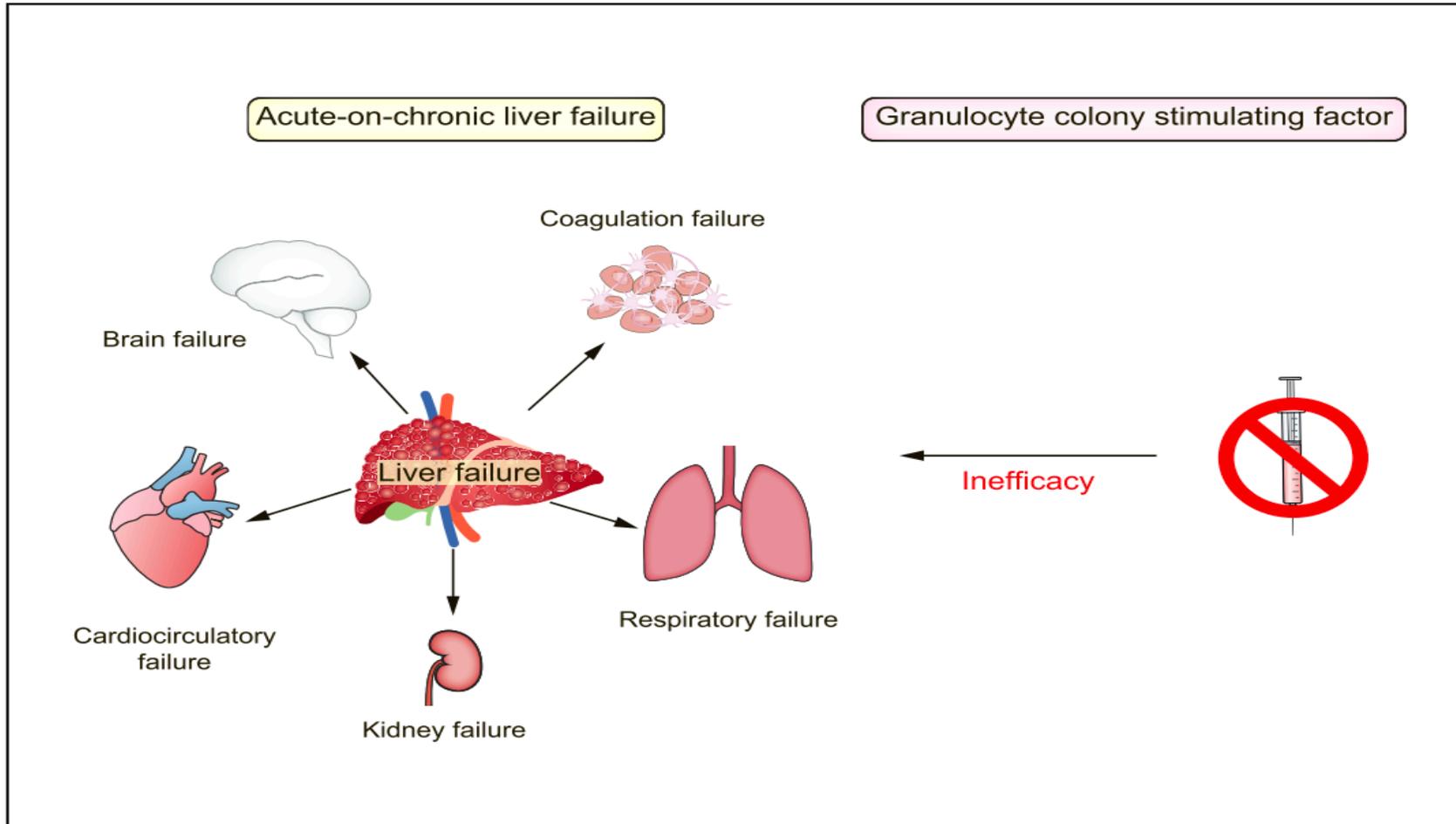
Generales

- Manejo multidisciplinar
- Tratamiento de soporte
 - Ventilación mecánica
 - Terapia sustitutiva renal
 - Corticoides (shock): hidrocortisona 50 mg/6h
 - Drogas vasoactivas
 - Objetivo PAM > 60 mmHg
- Nutrición - *sin beneficios en supervivencia*

Específicos

- Albúmina: PBE, SHR
- G-CSF - *beneficios en pobl.asiática*
- Células madre – datos escasos
- Soporte artificial hepático
 - MARS / Prometheus
 - Plasmaféresis
 - Dialive
- **Trasplante hepático**

G-CSF



N=88 en cada grupo

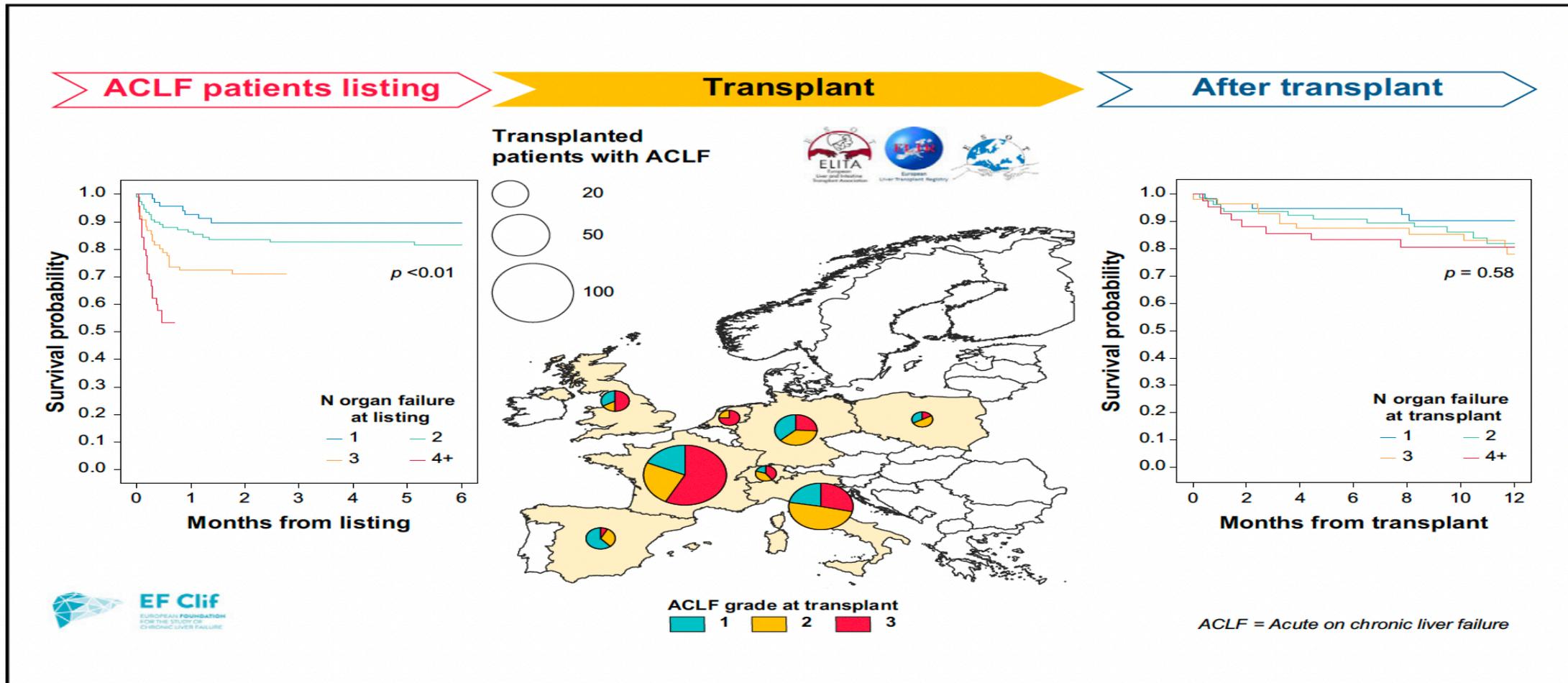
Engelmann C et al. *J Hep* 2021

SOPORTE HEPÁTICO ARTIFICIAL	Mecanismo de acción	Estudios	Mejoría bioquímica	Beneficio en supervivencia	Comentarios
MARS	Diálisis con albúmina	<ul style="list-style-type: none"> - retrospectivo, N=101 - caso-control, N=73 - retrospectivo, N=669 - prospectivo, N=64 - prospectivo, N=53 	<ul style="list-style-type: none"> - Si - Si - ↓amonio. Coag.peor - Si - Si 	<ul style="list-style-type: none"> - No (solo a corto plazo) - No - No - No 	<ul style="list-style-type: none"> - trombocitopenia - Seguimiento largo - Pediátricos + adultos - -Mejoría EH 3→1
Prometheus	Separación de plasma, adsorción & absorción de resinas y aniones	<ul style="list-style-type: none"> - ECA, N=145 - retrospectivo, N=114 - retrospectivo, N=23 - prospectivo, N=12 	<ul style="list-style-type: none"> - ↓bilirrubina - Si - Si, ↓bilirrubina - Si 	<ul style="list-style-type: none"> - No - Si, si combinado con TH 	<ul style="list-style-type: none"> - Mejoría escala Glasgow
ELAD	Células derivadas de hepatoblastoma	<ul style="list-style-type: none"> - Prospectivo, ECA, N=203 	No	N0 (en HAA grave con MELD 18-35)	Subgrupo MELD 28, tendencia a mayor supervivencia a 3 meses (ns)
Plasmaféresis	Intercambio plasmático	<ul style="list-style-type: none"> - ECA, un solo centro ACLF debido a VHB, N=34 - prospectivo, N=7 	<ul style="list-style-type: none"> - ? - Si 	<ul style="list-style-type: none"> - Si: mayor supervivencia a 90 días y a 5 años - Si, mayor supervivencia a 90 días (no sign) 	<ul style="list-style-type: none"> - ACLF definido según guías de China
Hemodiafiltración	Tipo de TRS, uso de aclaramiento convectivo y difusivo	<ul style="list-style-type: none"> - prospectivo, N=19 - retrospectivo, N=110 	<ul style="list-style-type: none"> - ↓bilirrubina y GPT 	- NA	<ul style="list-style-type: none"> - usado en combinación con plasmaféresis
DIALIVE	Diálisis cambia albúmina, elimina PAMPs y DAMPs	<ul style="list-style-type: none"> - ECA fase 2, N=32 (ALCF – OH) 	<ul style="list-style-type: none"> - Si y ↓endotoxemia y biomarcadores inflamatorios, citoquina 	- No	<ul style="list-style-type: none"> - Resolución ACLF (↓CLIF-C ACLF score) - Seguro

SOPORTE HEPÁTICO ARTIFICIAL	Mecanismo de acción	Estudios	Mejoría bioquímica	Beneficio en supervivencia	Comentarios
MARS	Diálisis con albúmina	- retrospectivo, N=101 - caso-control, N=73 - retrospectivo, N=669 - prospectivo, N=64 - prospectivo, N=53	- Si - Si - ↓amonio. Coag.peor - Si - Si	- No (solo a corto plazo) - No - No - No	- trombocitopenia - Seguimiento largo - Pediátricos + adultos - -Mejoría EH 3→1
Prometheus	Separación de plasma, adsorción & absorción de resinas y aniones	- ECA, N=145 - retrospectivo, N=114 - retrospectivo, N=23 - prospectivo, N=12	- ↓bilirrubina - Si - Si, ↓bilirrubina - Si	- No - Si, si combinado con TH	- Mejoría escala Glasgow
ELAD	Células derivadas de hepatoblastoma	- Prospectivo, ECA, N=203	No	N0 (en HAA grave con MELD 18-35)	Subgrupo MELD 28, tendencia a mayor supervivencia a 3 meses (ns)
Plasmaféresis	Intercambio plasmático	- ECA, un solo centro ACLF debido a VHB, N=34 - prospectivo, N=7	- ? - Si	- Si: mayor supervivencia a 90 días y a 5 años - Si, mayor supervivencia a 90 días (no sign)	- ACLF definido según guías de China
Hemodiafiltración	Tipo de TRS, uso de aclaramiento convectivo y difusivo	- prospectivo, N=19 - retrospectivo, N=110	- ↓bilirrubina y GPT	- NA	- usado en combinación con plasmaféresis
DIALIVE	Diálisis cambia albúmina, elimina PAMPs y DAMPs	- ECA fase 2, N=32 (ALCF – OH)	- Si y ↓endotoxemia y biomarcadores inflamatorios, citoquina	- No	- Resolución ACLF (↓CLIF-C ACLF score) - Seguro

ACLF y Trasplante hepático

Mortalidad pre y post-TH en ACLF



Belli L et al. *J Hep* 2021



ACLF y Trasplante



Futilidad



Priorización



Futilidad del trasplante

- **Supervivencia < 3 meses (90 días) post-TH o durante ingreso**
- En el estudio CANONIC, alcanzaron criterios de futilidad pacientes con ACLF-3 inicialmente y:
 - ≥ 4 fallos de órganos **(N=18)**
 - CLIF-C ACLF score **>64** a los 3-7 días del diagnóstico de ACLF
- Mortalidad 100% a los 90 días

Validación CLIF-C ACLF score

- Estudio CANONIC: (N=47 ACLF-3)
CLIF-C ACLF score > 64 puntos → futilidad

- Estudio H.Royal Free, retrospectivo
N = 202

AUC = 0.8 (mejor q MELD , Child-Pugh)

CLIF-C score > 70 puntos + >3 fracasos de órganos → futilidad

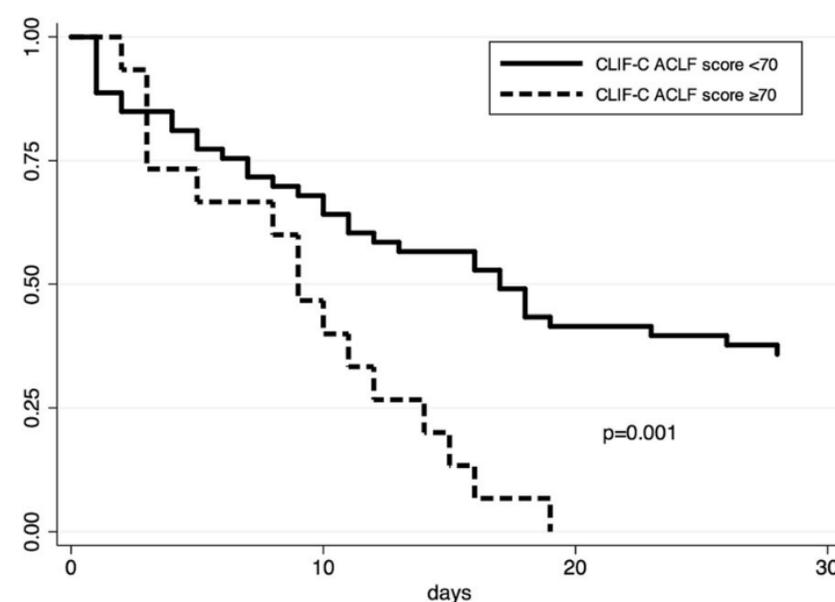
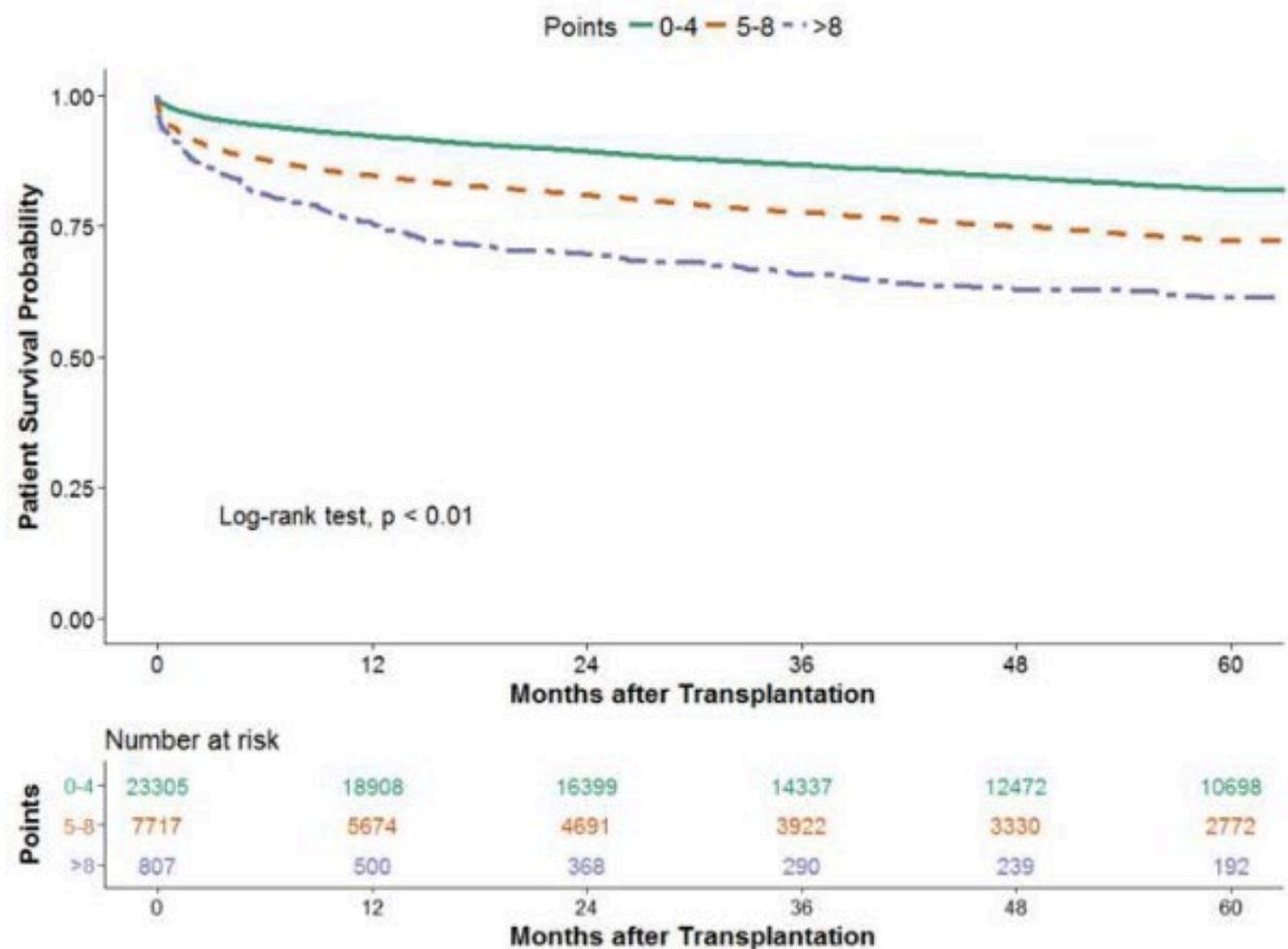


Fig. 3 Twenty-eight-day survival according to the European Foundation for the study of chronic liver failure (CLIF-C) Acute-on-Chronic Liver Failure (ACLF) score in ACLF grade 3. Low 28-day survival is noted in patients with CLIF-C ACLF score ≥ 70 , 2 days after receiving full intensive treatment unit supportive therapy

“Futility risk score”

N=31.289
2002-2015

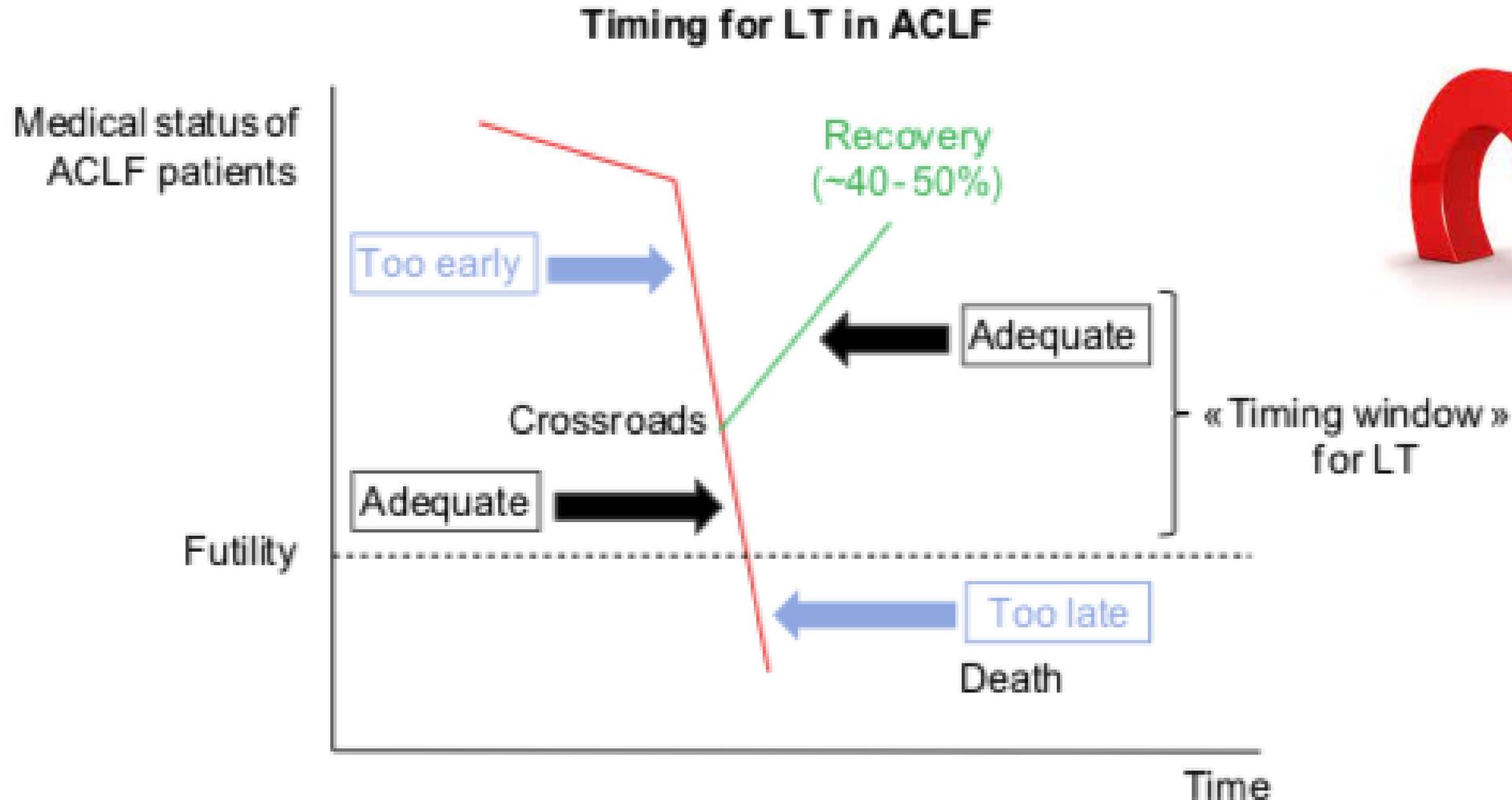


FACTORES DEL RECEPTOR:

- Necesidad de ventilación mecánica (5 pts)
- Edad > 60 años (3 pts)
- Hemodiálisis (3 pts)
- Creatinina > 1.5 mg/dL (sin hemodiálisis) (2 pts)
- Diabetes (2 pts)

→ Asociados a fracaso del injerto

Momento idóneo del TH: Priorización?

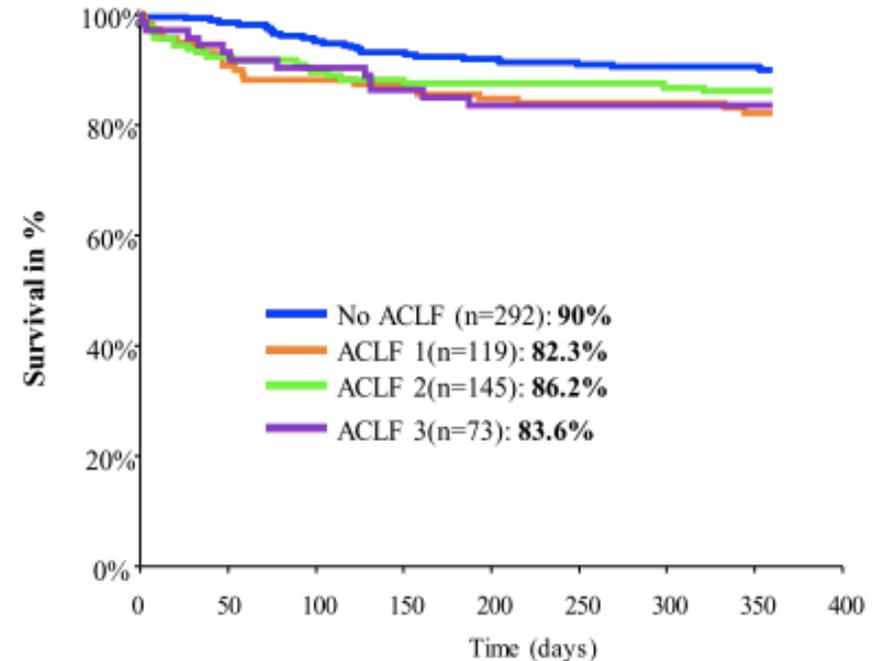
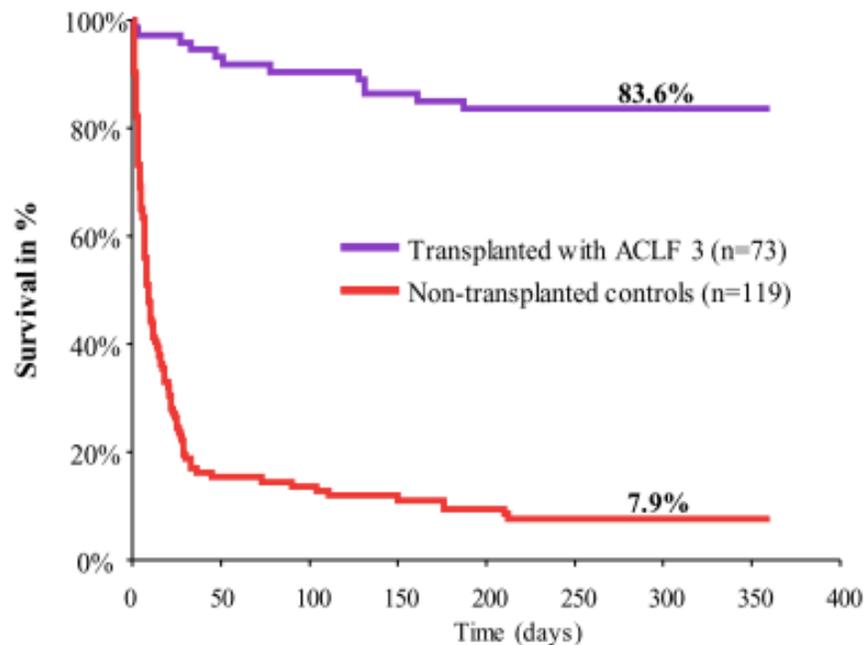


ACLF-3 : resultados pre y post-TH

Estudio/ Autor	Tipo de estudio	N ACLF-3	Mortalidad en LE	Supervivencia Post-TH	Comentarios
Artru (2017)	3 centros franceses Retrospectivo 2008-2014	73 TH	NA	73% (1 año)	Buenos resultados del TH en ACLF
Levesque (2017)	1 centro francés Retrospectivo 2008-2013	30 TH	NA	43% (1 año)	Confirma ACLF como factor de riesgo de mortalidad a 90 días
Tuluvath (2018)	UNOS Retrospectivo 2002-2016	2515 en LE 3556 TH	>92% a 30 días	81% (1 año)	Identificó predictores de superv post-TH *Tiempo LE corto
Sundaram (2018)	UNOS Retrospectivo 2005-2016	5355 LE 6381 TH	44% a 28 días	78% (1 año)	MELD no predice supervivencia post-TH
Sundaram (2019)	UNOS Retrospectivo 2002-2014	5009 en LE	33% a 28 días	NA	Mayor mortalidad en LE ACLF-3 q UNOS status 1a
Artzner (2020)	5 centros franceses Retrospectivo 2007-2017	152 TH	NA	83% (1 año)	TAM score Escasa info en datos donantes

Liver transplantation in the most severely ill cirrhotic patients: A multicenter study in acute-on-chronic liver failure grade 3

3 centros franceses
N = 73 ACLF-3



→ Pero mayor número de complicaciones post-TH

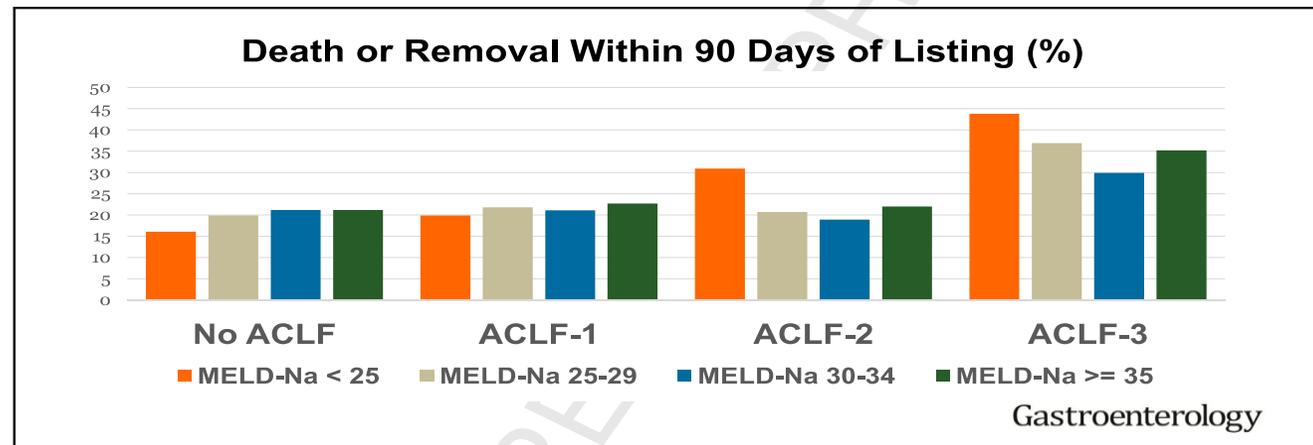
Artru F, Louvet A, Ruiz I, et al. Liver transplantation in the most severely ill cirrhotic patients: A multicenter study in acute-on-chronic liver failure grade 3. *J Hepatol.* 2017;67(4):708-715.

Factors Associated with Survival of Patients With Severe Acute-On-Chronic Liver Failure Before and After Liver Transplantation

Vinay Sundaram,^{1,*} Rajiv Jalan,^{2,*} Tiffany Wu,³ Michael L. Volk,⁴ Sumeet K. Asrani,⁵ Andrew S. Klein,⁶ and Robert J. Wong⁷

- N=100.594 pacientes en LE; N= 50.552 TH entre 2005-2016, N=6.381 ACLF-3
- Base de datos UNOS, retrospectivo

→ *Pacientes con ACLF-3 tenían más probabilidad de morir o salir de LE, independientemente del MELD-Na*



Factors Associated with Survival of Patients With Severe Acute-On-Chronic Liver Failure Before and After Liver Transplantation

Vinay Sundaram,^{1,*} Rajiv Jalan,^{2,*} Tiffany Wu,³ Michael L. Volk,⁴ Sumeet K. Asrani,⁵ Andrew S. Klein,⁶ and Robert J. Wong⁷

Table 4. Univariable and Multivariable Cox Proportional Hazards Regression Evaluating Risk Factors for 1-Year Posttransplant Mortality Among Patients With ACLF-3

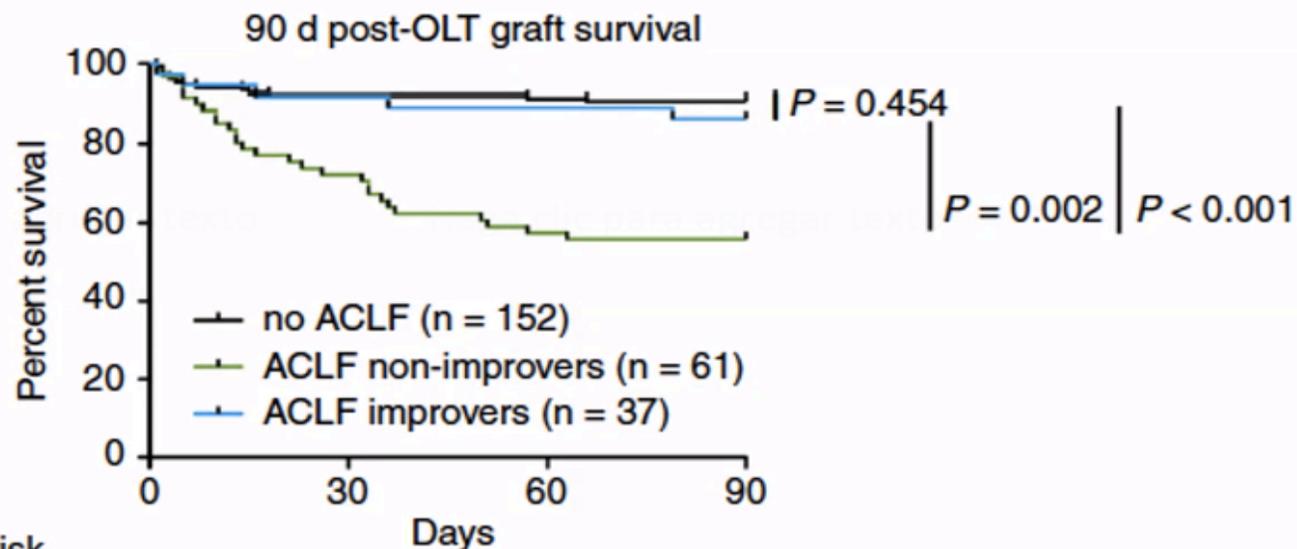
	Univariable analysis HR (95% CI)	Multivariable analysis ^a HR (95% CI)
Functional status $\geq 80\%$	0.65 (0.47–0.89)	0.76 (0.55–1.06)
Futility score >8 points	1.57 (1.42–1.74)	1.12 (0.97–1.30)
<u>Donor risk index ≥ 1.7</u>	1.25 (1.12–1.40)	<u>1.22 (1.09–1.35)</u>
<u>Transplant within 30 days of listing</u>	0.87 (0.79–0.96)	<u>0.89 (0.81–0.98)</u>
<u>Mechanical ventilation</u>	1.56 (1.42–1.72)	<u>1.49 (1.22–1.84)</u>
Circulatory failure	1.37 (1.24–1.51)	0.90 (0.78–1.05)
4 or more organ failures	1.28 (1.16–1.41)	1.04 (0.92–1.19)

ACLF: Evaluación dinámica

OLT-Survival score

- CLIF-C ACLF score
- +
- Mejoría clínica

(A) 90-day post-transplant survival in non-ACLF patients, ACLF improvers and ACLF non-improvers



patients at risk	0	30	60	90
Non-ACLF	152	141	140	138
ACLF Improvers	37	35	34	32
ACLF non-improvers	61	45	36	34

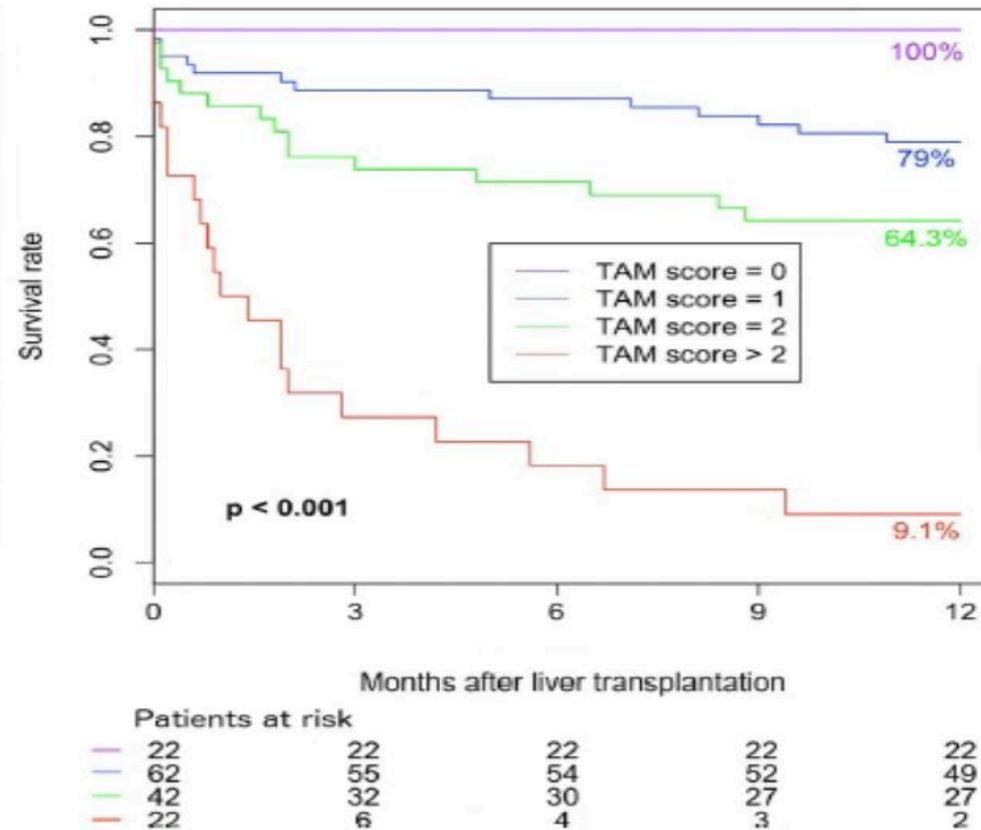
ESCALAS predicción resultados post-TH

Score / autor	Componentes de la escala	Comentarios
→ TAM score (Artzner)	<ul style="list-style-type: none"> - Edad > 53 años - Lactato arterial > 4 mmol/l - Ventilación mecánica con PaFi < 200 mmHg - Recuento leucos < 10,000 	<ul style="list-style-type: none"> - aplica a ACLF-3 - predicción supervivencia 1 año post-TH
OLT-survival score (Huebener)	<ul style="list-style-type: none"> - CLIF-C score - Mejoría clínica previa al TH 	<ul style="list-style-type: none"> - supervivencia a 90 días post-TH - aplica a todos los grados de ACLF
_ (Singal)	<ul style="list-style-type: none"> - Edad - Fracaso respiratorio - Fracaso cerebral - Fracaso circulatorio - Etiología: alcohol 	<ul style="list-style-type: none"> - aplica a ACLF-3 - predicción supervivencia 1 año post-TH
_ (Levesque)	<ul style="list-style-type: none"> - Edad > 57 años & sexo masculino - Donante masculino - Indicación de TH (HCC vs cirrosis descompensada) - infección - presencia de ACLF 	<ul style="list-style-type: none"> - mortalidad a 90 días post-TH
CT-score (Wackenthaler)	<ul style="list-style-type: none"> - Esplenomegalia - Atrofia hepática - Diámetro VCI 	<ul style="list-style-type: none"> - aplica a ACLF-3
Normograma (Chen)	<ul style="list-style-type: none"> - Recuento de leucocitos - ratio GPT/GOT - número de fracasos orgánicos 	<ul style="list-style-type: none"> - aplica solo a VHB - predicción supervivencia 1 año post-TH
→ SALT-M score (Hernández)	<ul style="list-style-type: none"> - Edad > 50 años - diabetes - IMC - Fracaso respiratorio - Fracaso circulatorio 	<ul style="list-style-type: none"> - aplica a ACLF-2 y ACLF-3 - predicción mortalidad a 1 año post-TH - predicción estancia hospitalaria post-TH

TAM (“Transplantation for ACLF-3 Model”) score

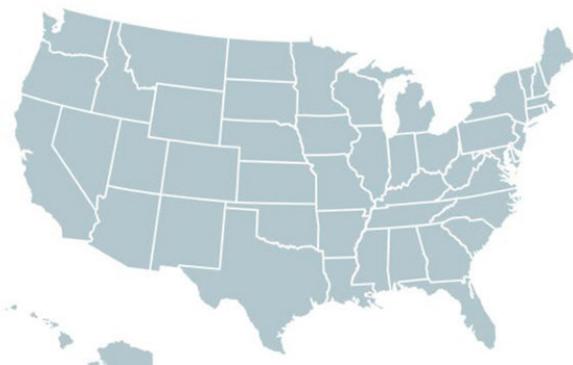
	Points
Arterial lactate level (mmol/l)	
<4	0
≥4	1
Mechanical ventilation with PaO ₂ /FiO ₂ ratio ≤ 200 mm Hg	
No	0
Yes	1
Age (years)	
<53	0
≥53	1
Leukocyte counts (G/l)	
>10	0
≤10	1
TAM score	= Σ

N=152
5 centros europeos
2007-2017



SALT-M (Sundaram ACLF-LT-Mortality) score

MODEL Consortium
(development/internal validation)



15 Liver Transplant Centers,
521 patients with ACLF 2-3

Tool: logistic regression using clinically meaningful variable selection in addition to modern selection techniques. Adequate power for 5 predictors. Used median regression to estimate median length of stay using the same principles.

- ✓ Age 50+
- ✓ Diabetes mellitus
- ✓ Body mass index (continuous)
- ✓ Circulatory failure (one or 2+ inotropes)
- ✓ Respiratory failure

External
validation

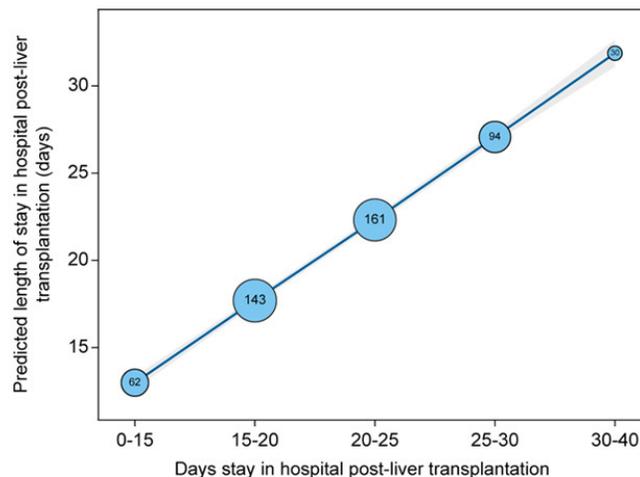


Strasbourg and Villejuif,
120 patients with ACLF-3

Sundaram ACLF-LT (SALT)-Mortality score
predicts 1-year mortality probability post-LT

AUROC 0.72 (development)
AUROC 0.80 (external validation)

Able to assess median length-of-stay
in days post LT



Adjusted for age, body mass index, diabetes use of inotropes, respiratory failure, prior history of MDRB, RRT and WBC at LT

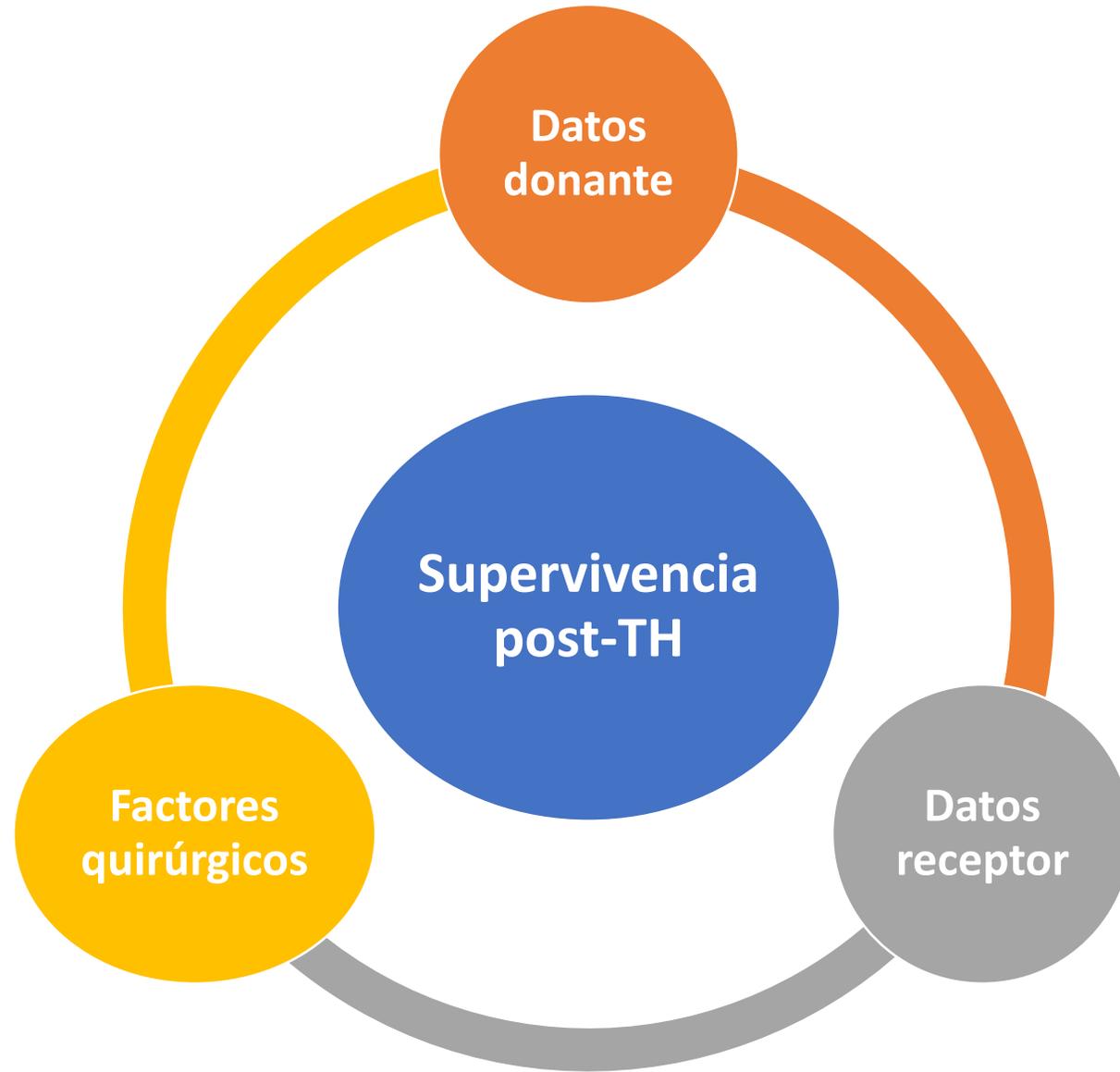


ACLF 2/3 & LT candidate?

→ The Sundaram score can help in the discussions of LT in these patients

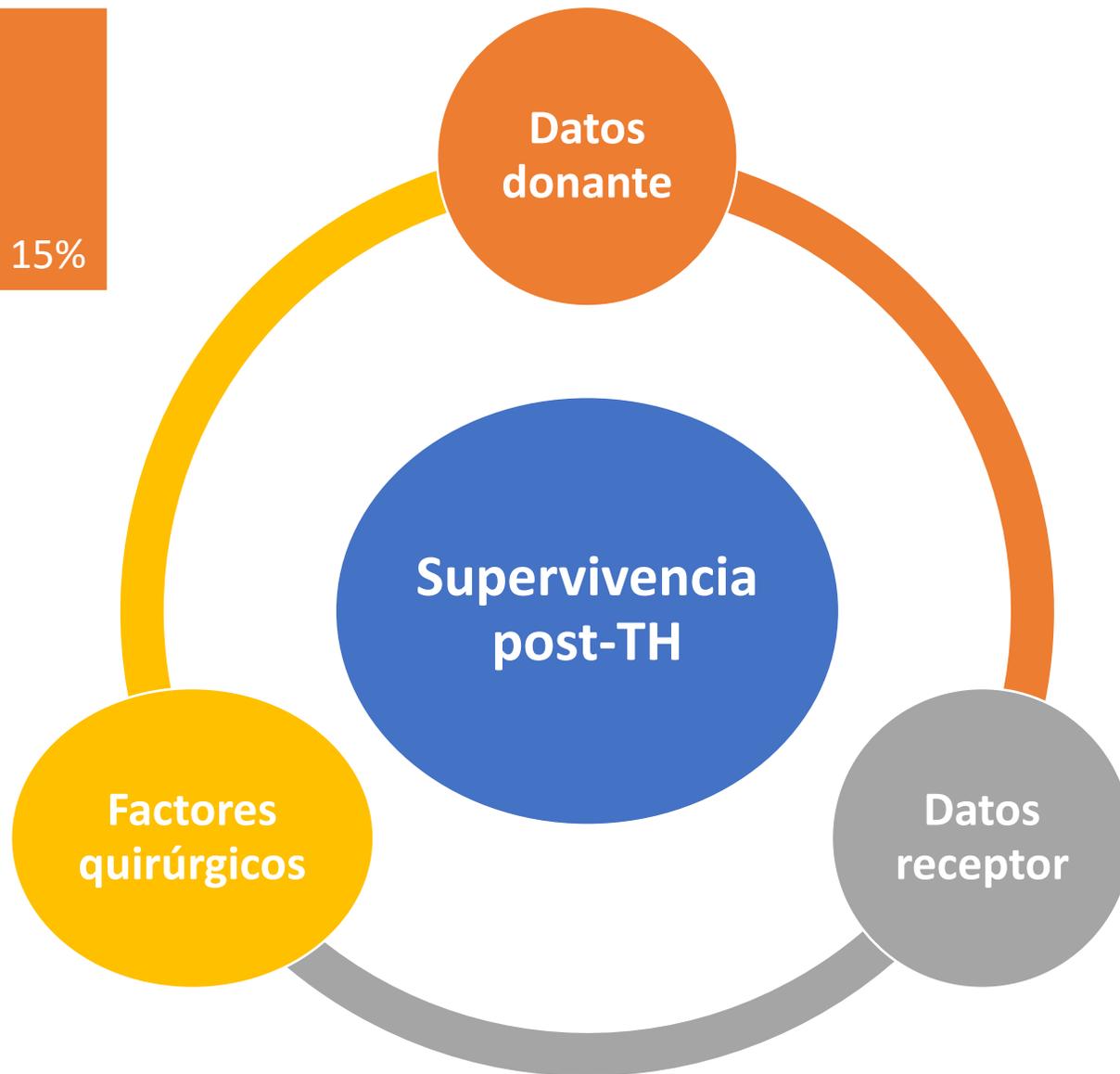
MDRB, multidrug resistant bacteria; RRT, renal replacement therapy; WBC, white blood cell count

Hernández R et al. J Hep 2023.



DATOS DONANTE:

- DRI > 1.7
- Sexo masculino
- IMC del donante
- Macroesteatosis > 15%



DATOS DONANTE:

- DRI > 1.7
- Sexo masculino
- IMC del donante
- Macroestestosis > 15%

Datos donante

Supervivencia post-TH

Datos receptor

Factores quirúrgicos

FACTORES QUIRÚRGICOS:

- Tiempo de isquemia fría > 8,5 horas
- Tiempo en lista de espera > 30 días

DATOS DONANTE:

- DRI > 1.7
- Sexo masculino
- IMC del donante
- Macroesteatosis > 15%

Datos donante

Supervivencia post-TH

Factores quirúrgicos

Datos receptor

FACTORES DEL RECEPTOR:

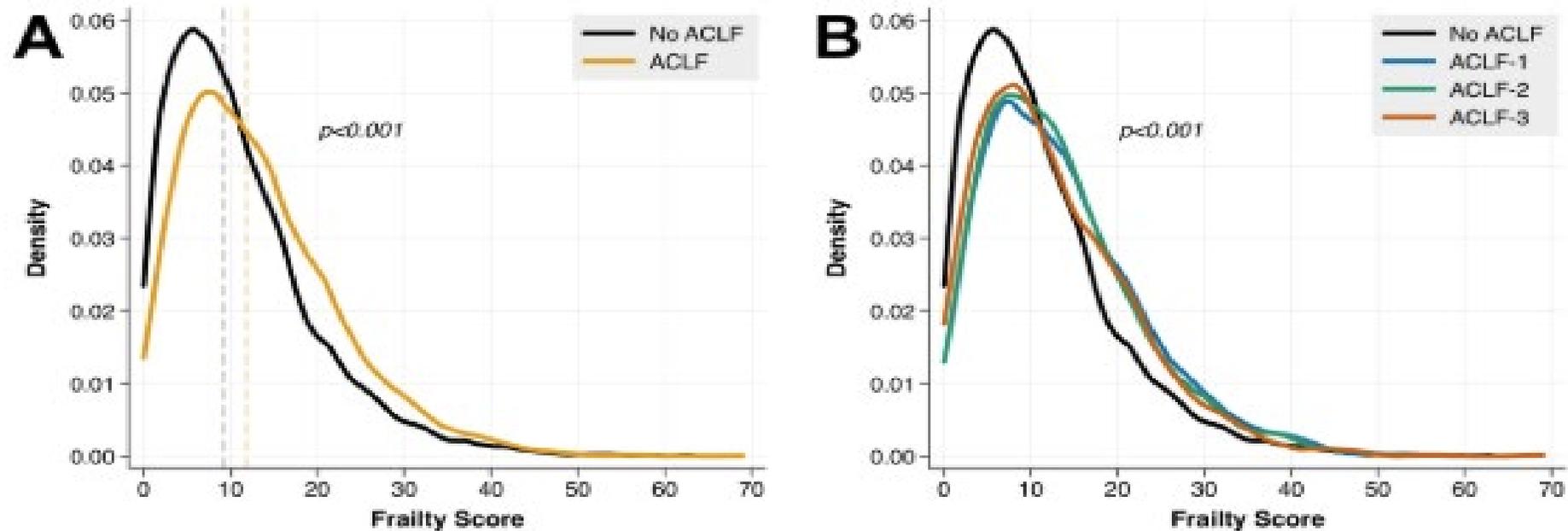
- Edad > 53 años
- Lactato arterial > 4 mmol/L
- Recuento leucocitos
- Infección en mes previo
- PaFi < 200 mmHg
- presencia de MDRO
- ALT > 100 U/L
- **Ventilación mecánica** al TH
- Fracaso cerebral
- Número de fracasos orgánicos
- Estancia previa en UCI
- Necesidad de TRS
- **Trombosis portal**
- CLIF-C ACLF score > 64 puntos
- Clinical frailty score > 7
- Futility risk score > 8
- TAM score > 2

FACTORES

QUIRÚRGICOS:

- Tiempo de isquemia fría > 8,5 horas
- Tiempo en lista de espera > 30 días

Fragilidad (“frialty”): predictor independiente de supervivencia en ACLF



Frailty Score Distributions among Cirrhosis Hospitalizations for (A) ACLF versus No ACLF, and (B) Stratified ACLF Severity Grades

Fragilidad

Clinical Frailty Scale



1 Very Fit – People who are robust, active, energetic and motivated. These people commonly exercise regularly. They are among the fittest for their age.



2 Well – People who have no active disease symptoms but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very active occasionally, e.g. seasonally.



3 Managing Well – People whose medical problems are well controlled, but are not regularly active beyond routine walking.



4 Vulnerable – While not dependent on others for daily help, often symptoms limit activities. A common complaint is being “slowed up”, and/or being tired during the day.



5 Mildly Frail – These people often have more evident slowing, and need help in high order IADLs (finances, transportation, heavy housework, medications). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation and housework.



6 Moderately Frail – People need help with all outside activities and with keeping house. Inside, they often have problems with stairs and need help with bathing and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.



7 Severely Frail – Completely dependent for personal care, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~ 6 months).



8 Very Severely Frail – Completely dependent, approaching the end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.



9 Terminally Ill – Approaching the end of life. This category applies to people with a life expectancy <6 months, who are not otherwise evidently frail.

Scoring frailty in people with dementia

The degree of frailty corresponds to the degree of dementia. Common **symptoms in mild dementia** include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.

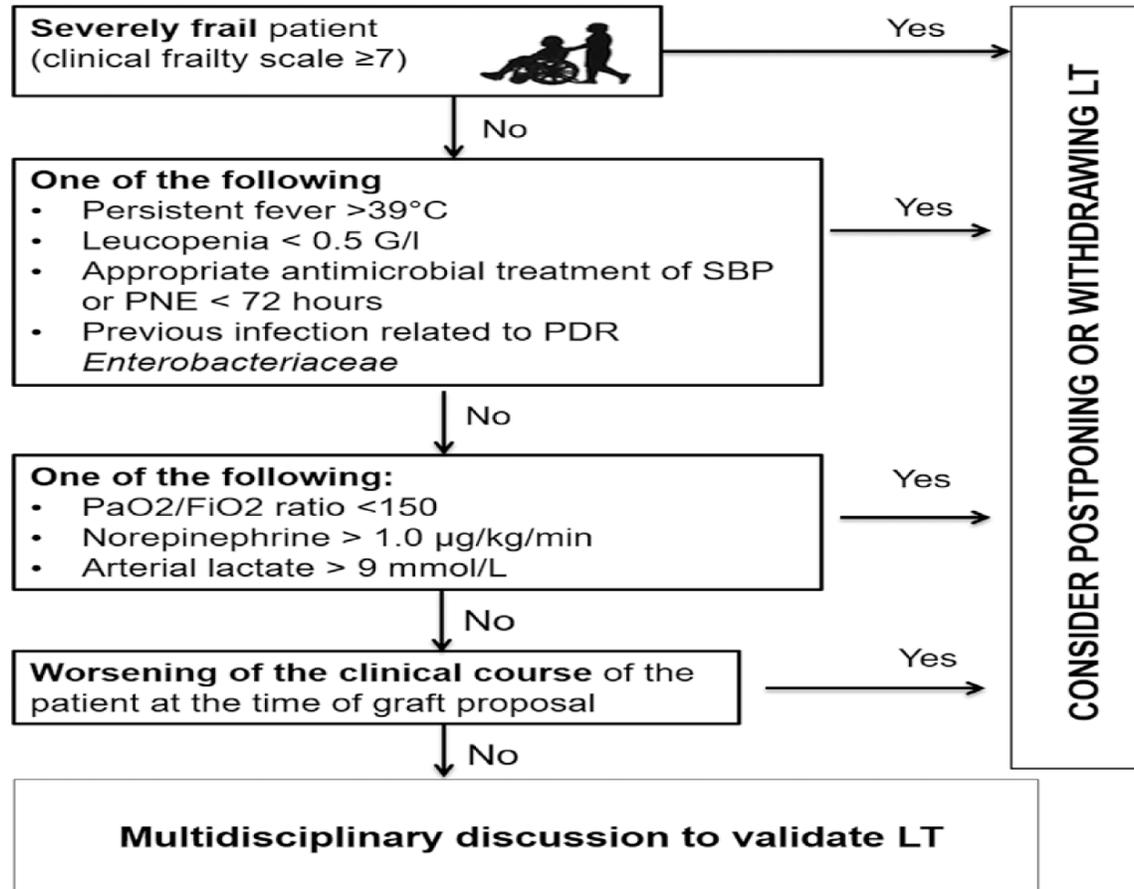
In **moderate dementia**, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting.

In **severe dementia**, they cannot do personal care without help.

Factores de riesgo asociados a mortalidad elevada post-trasplante por ACLF:

CONSENSO DE EXPERTOS

Decision to proceed to LT in an already listed critically ill cirrhotic patient hospitalized in the ICU for an acute deterioration



ACLF: resultados a largo plazo

- 250 TH (98 ACLF)
- Seguimiento 8,7 años
- **Supervivencia 49%** (10 años post-TH)
- **Comorbilidades** a 5 años
 - sin diferencias significativas
 - La única diferencia → ***duración estancia hospitalaria tras alta post-TH***

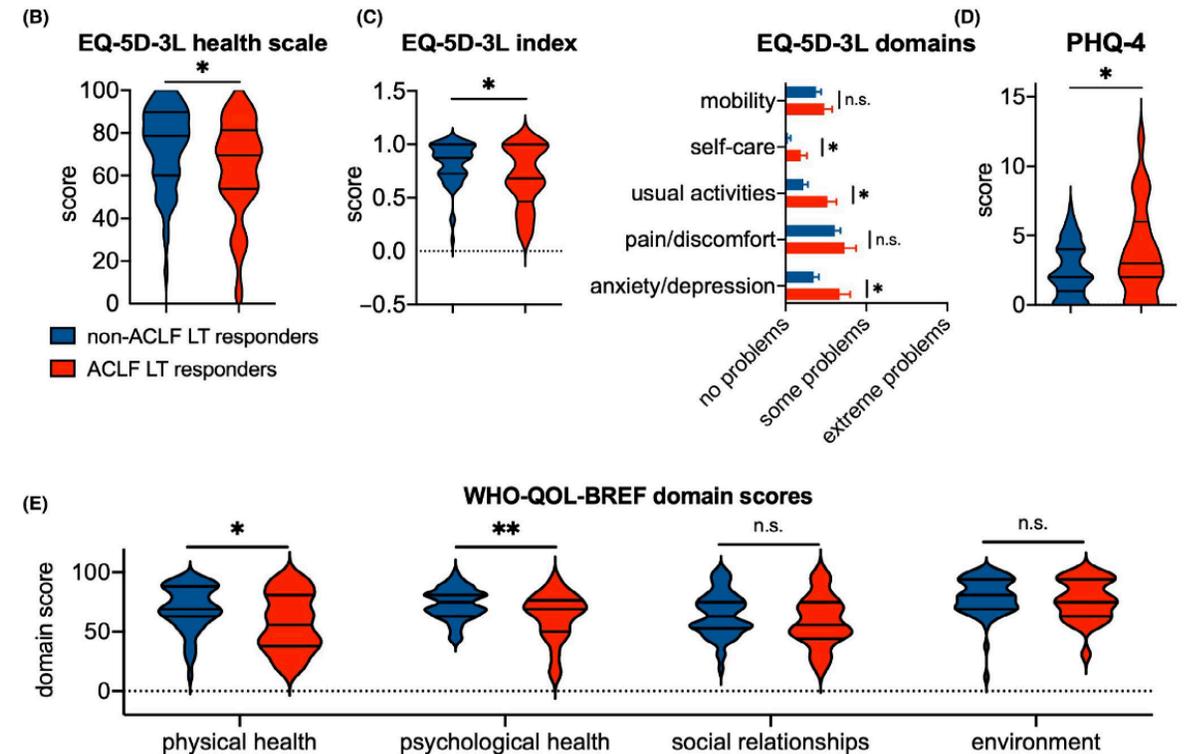
Comorbidities 5 years after LT	Non-ACLF LT survivors (n = 120)	ACLF LT survivors (n = 61)	P value
Diabetes mellitus			
Total	60 (50.0%)	22 (38.6%)	.20
New-onset after LT	18 (15.0%)	15 (24.6%)	.15
Hypertension			
Total	99 (79.2%)	48 (84.2%)	.54
New-onset after LT	54 (45.0%)	33 (54.1%)	.27
Dyslipidemia	64 (46.0%)	33 (54.1%)	.36
Osteoporosis	51 (39.2%)	31 (50.8%)	.16
Body mass index	25.20 (22.13-29.13)	26.89 (23.67-29.20)	.10
Median no. of daily medications	9 (7-12)	9 (7-12)	.58
Days hospitalized during 60 months following discharge after LT	44.50 (26.25-73.00)	62.50 (35.25-110.50)	<.001

ACLF: resultados a largo plazo

- Comparación **calidad de vida**

- 60% pacientes respondieron
- ACLF:
 - capacidad reducida para llevar a cabo ABVD
 - Más depresión & ansiedad
 - <50% refieren salud “óptima”

➤ Relación inversa con duración estancia en UCI



Recomendaciones SETH (I)

- El TH debe ser siempre considerado en pacientes con ACLF, salvo CI por otro motivo. **(1C)**
- Pacientes con ACLF que sean candidatos potenciales a TH deben ser ingresados en UCI para monitorización estrecha y evaluación de scores pronósticos validados (CLIF-C OF score días 3-7). **(1C)**
- Es imprescindible realizar cribado de infecciones ocultas (hemocultivos, urocultivos, etc.) en pacientes con ACLF **(1A)**
- En ACLF desencadenado por una infección activa, el TH puede estar CI hasta q el agente microbiológico responsable haya ido identificado y tratado adecuadamente, con obtención de cultivos negativos posteriormente. **(1A)**

Recomendaciones SETH (II)

- No hay unos criterios de futilidad establecidos para pacientes con ACLF. Con respecto al TH, fallos orgánicos extrahepáticos graves y sin respuesta a tratamiento, en particular del sistema cardiovascular o respiratorio, supondrían una contraindicación. **(1C)**
- Pacientes con ACLF-2 or ACLF-3 en espera de TH deberían estar manejados por hepatólogos de trasplante expertos e intensivistas, dependiendo de la logística y organización de la institución hasta el TH o una mejoría significativa. En ese caso, la necesidad de un TH precoz debería ser re-evaluado en un equipo multidisciplinar. **(1B)**
- La escala de MELD no refleja totalmente la gravedad de pacientes con ACLF-2 and ACLF-3. Dado el mal pronóstico a corto plazo sin TH en estos pacientes, una priorización regional debería ser garantizada. **(2C)**

Rodríguez-Perálvarez. Transplantation 2021

MENSAJES PARA LLEVAR A CASA...



- ACLF: elevada mortalidad a corto plazo
 - Impacto de las infecciones (pre, post)
 - Buenos resultados trasplante hepático
- Centro experto, equipo multidisciplinar (UCI)
- Determinar criterios de priorización en LE de TH
- Necesidad de datos a largo plazo y de estudios prospectivos (CHANCE y más)



29º CONGRESO

SETH A Coruña

15-17 noviembre 2023
Palexco

ORGANIZAN



SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE TRASPLANTE HEPÁTICO
www.sethepatico.org
@SETHepatico

Gracias por vuestra atención!

La Fe
Hospital
Universitari
i Politècnic


Instituto de Investigación
Sanitaria La Fe

ciberehd
Centro de Investigación Biomédica en Red
Enfermedades Hepáticas y Digestivas

 @SETHepatico

