

Atención Primaria ante la EHmet: por qué necesitamos un algoritmo y por qué redGDPS debe liderar el cambio

Luis Ávila Lachica

Médico de familia. UGC Vélez Norte, Centro de Salud Almáchar, Málaga

Enrique Carretero Anibarro

Médico de familia del Centro de Salud Puente Genil 1, Córdoba

RESUMEN

La enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica (EHmet y, en inglés, MASLD) se ha convertido en una de las principales causas de enfermedad hepática crónica y en un potente amplificador del riesgo cardiovascular¹. Su elevada prevalencia, especialmente en personas con diabetes mellitus tipo 2 (DM2), contrasta con un infradiagnóstico masivo en la práctica clínica real². En este editorial analizamos el algoritmo que la Fundación redGDPS propone para el manejo de la EHmet en Atención Primaria, explica por qué su implementación puede ser relevante en este nivel asistencial, justifica el posicionamiento de la Fundación redGDPS en este ámbito y expone las principales novedades que aporta esta estrategia respecto a recomendaciones previas.

Palabras clave: EHmet, Atención Primaria, fibrosis hepática, diabetes mellitus tipo 2.

Keywords: MASLD, Primary Care, Liver fibrosis, Type 2 diabetes mellitus.

UNA PANDEMIA SILENCIOSA QUE AFECTA A ATENCIÓN PRIMARIA

La EHmet constituye hoy una auténtica pandemia silenciosa. Afecta aproximadamente a una de cada cuatro personas adultas en el mundo y alcanza prevalencias cercanas al 38 % en determinadas regiones, con cifras concordantes en España, donde se sitúa en torno al 25-30 % de la población adulta. Sin embargo, su impacto real va mucho más allá de la esteatosis hepática: la EHmet es una enfermedad multisistémica estrechamente ligada a la obesidad, la diabetes y la enfermedad cardiovascular, que representa la principal causa de muerte en estos pacientes^{1,2,3,4}.

En las personas con DM2, la relación es particularmente estrecha. Entre el 50 % y el 70 % de los pacientes con DM2 presentan EHmet, y la diabetes actúa como un potente acelerador de la progresión hacia fibrosis avanzada, cirrosis y carcinoma hepatocelular. Pese a ello, los registros de Atención Primaria (AP) en España muestran una prevalencia registrada muy inferior a la esperada, en torno al 20 %, lo que evidencia un infradiagnóstico estructural de enormes dimensiones⁵.

Este desajuste entre carga real de enfermedad y reconocimiento clínico sitúa a Atención Primaria en el centro del problema... y de la solución.

POR QUÉ UN ALGORITMO: DEL DIAGNÓSTICO TARDÍO A LA ESTRATIFICACIÓN PRECOZ

El algoritmo propuesto en el artículo que aparece en este número responde a un cambio conceptual clave: el objetivo es detectar aquellos pacientes con esteatosis que presentan aumento del riesgo cardiovascular y detectar aquellos con fibrosis hepática antes de que lleguen a estados irreversibles⁶.

Para ello se plantea un **abordaje escalonado, pragmático y coste-efectivo**, especialmente adaptado a AP:

1. Identificación del paciente de riesgo

Personas con DM2 y/o factores de riesgo metabólico (obesidad, dislipemia, síndrome metabólico), población ampliamente prevalente y seguida de forma regular en consultas de AP.

2. Cálculo sistemático del FLI como primer escalón y FIB-4 como segundo escalón⁷

El índice FLI nos permite saber qué pacientes tienen esteatosis. Valores por encima de 60 son diagnósticos de esteatosis y valores por debajo de 30 descartan la presencia de esteatosis. Valores entre 30 y 60 obligan a realizar otras pruebas diagnósticas (ecografía).

El índice FIB-4, basado en edad, AST, ALT y plaquetas, se propone como una herramienta central por su alto valor predictivo negativo para excluir fibrosis avanzada:

- FIB-4 < 1,3 (o < 2 en mayores de 65 años): bajo riesgo.
- FIB-4 1,3-2,67: riesgo intermedio.
- FIB-4 ≥ 2,67: alto riesgo, indicación de derivación directa a hepatología.

3. **Segundo escalón con elastografía (FibroScan).** En los casos de riesgo intermedio, la elastografía permite afinar la selección de pacientes que requieren seguimiento hospitalario o biopsia, optimizando recursos y evitando derivaciones innecesarias.

4. **Seguimiento adaptado al riesgo.** Pacientes de bajo riesgo permanecen en Atención Primaria con reevaluaciones periódicas; los de alto riesgo se integran en circuitos hospitalarios bien definidos.

Este enfoque no solo está alineado con las principales guías internacionales (EASL, AASLD, ADA), sino que las traduce a la realidad operativa del primer nivel asistencial^{8,9}.

POR QUÉ ESTE ALGORITMO ES IMPRESCINDIBLE EN ATENCIÓN PRIMARIA

AP es el entorno natural para la detección y el manejo inicial de la EHmet por varias razones fundamentales:

- **Contacto continuado con la población de riesgo:** la mayoría de las personas con DM2, obesidad o síndrome metabólico son seguidas de forma regular en AP.
- **Capacidad preventiva integral:** la intervención sobre peso, actividad física, control glucémico, presión arterial y riesgo cardiovascular es parte del ADN de la AP.
- **Racionalización de derivaciones:** el uso sistemático del FIB-4 permite identificar de forma eficiente qué pacientes necesitan realmente valoración hepatológica, evitando la saturación de las consultas hospitalarias.

- **Equidad asistencial:** un algoritmo basado en pruebas simples y accesibles reduce las desigualdades derivadas del acceso desigual a técnicas avanzadas.

En un contexto de alta carga asistencial, la simplicidad y el bajo coste del FIB-4 lo convierten en una herramienta idónea para integrar el cribado de EHmet en los programas habituales de seguimiento de la DM2.

POR QUÉ REDGDPS SE POSICIONA EN ESTE ÁMBITO

El posicionamiento de la **Fundación redGDPS** en la EHmet es coherente, oportuno y estratégico. La EHmet no puede seguir considerándose un problema exclusivo de la hepatología: es una **complicación metabólica de la obesidad**, con profundas implicaciones cardiovasculares, renales y oncológicas^{10,11}.

La propuesta de un **Algoritmo de tratamiento MASLD redGDPS** refleja una apuesta clara por:

- **Integrar la EHmet en la agenda clínica de las consultas en Atención Primaria.**
- **Reducir el infradiagnóstico** mediante herramientas sencillas y sistemáticas.
- **Mejorar los resultados en la salud poblacional**, actuando sobre una de las principales causas de morbimortalidad en personas con DM2.
- **Ofrecer liderazgo clínico y formativo**, facilitando protocolos homogéneos y transferibles al conjunto del sistema sanitario.

Desde esta perspectiva, la EHmet se convierte en un terreno natural de actuación para una fundación centrada en mejorar la atención a las personas con diabetes y enfermedades metabólicas desde el primer nivel asistencial.

QUÉ APORTA DE NUEVO ESTA PROPUESTA

Más allá de alinearse con las guías existentes, el documento introduce aportaciones relevantes para la práctica clínica real:

1. **Recomendación explícita de cálculo anual del FIB-4 en DM2.** Aunque muchas guías sugieren intervalos de 2-3 años, se propone una revisión anual por su bajo coste, su facilidad de integración en los controles rutinarios y la elevada probabilidad de progresión en DM2.

2. **Adaptación al acceso real a la elastografía.** El algoritmo contempla escenarios donde el FibroScan no está disponible, proponiendo intervenciones intensivas de estilo de vida y reevaluación, evitando la inacción clínica.
3. **Claridad operativa en puntos de corte y circuitos de derivación.** La definición precisa de umbrales y acciones asociadas reduce la variabilidad clínica y mejora la coordinación entre niveles asistenciales.
4. **Visión cardiovascular integrada.** La EHmet se aborda como un marcador y modulador de riesgo cardiovascular, reforzando la necesidad de una evaluación global del riesgo y no de un enfoque exclusivamente hepático.
5. **Herramientas de abordaje.** Proporciona herramientas terapéuticas de abordaje de la EHmet indicando los pacientes susceptibles de tratamiento farmacológico.

CONCLUSIÓN: DEL ALGORITMO A LA ACCIÓN

La EHmet representa uno de los grandes retos clínicos de la medicina contemporánea. El algoritmo propuesto ofrece una hoja de ruta clara para trasladar la evidencia científica a la consulta diaria de Atención Primaria. Su implementación puede reducir el infradiagnóstico, optimizar derivaciones y, sobre todo, **prevenir complicaciones hepáticas y cardiovasculares en una población de alto riesgo.**

En este contexto, el liderazgo de la Fundación redGDPS no solo es pertinente, sino necesario. Integrar de forma sistemática el cribado y manejo de la EHmet en los programas de diabetes de Atención Primaria es una oportunidad real para mejorar la salud de millones de personas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Younossi ZM, Golabi P, Paik JM, Henry A, Van Dongen C, Henry L. The global epidemiology of nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD) and nonalcoholic steatohepatitis (NASH): a systematic review. *Hepatology* 2023;77:1335-47.
2. Cho E, Ang CZ, Quek J, et al. Global prevalence of non-alcoholic fatty liver disease in type 2 diabetes mellitus: An updated systematic review and meta-analysis. *Gut* 2023;72:2138-2148.
3. Younossi ZM, Koenig AB, Abdelatif D, et al. Global epidemiology of NAFLD. *Hepatology*. 2016;64:73-84.
4. Caballería L, Pera G, Auladell MA, et al. Prevalence of NAFLD in Spain. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2010;22:24-32.
5. Bian H, Zhu X, Xia M, et al. Impact of type 2 diabetes on NASH and advanced fibrosis. *Endocr Pract*. 2020;26:444-453.
6. Quek J, Ng CH, Tang ASP, et al. MASLD and mortality: a meta-analysis. *Endocr Pract*. 2022;28:667-672.
7. Sumida Y, Yoneda M. FIB-4 first in the diagnostic algorithm of MASLD. *Life (Basel)*. 2021;11:143.
8. Romero-Gómez M, Escalada J, Noguerol M, et al. Multidisciplinary clinical practice guideline on the management of metabolic hepatic steatosis. *Gastroenterol Hepatol*. 2025.
9. Cusi K, Isaacs S, Barb D, et al. AACE Clinical Practice Guideline for NAFLD in Primary Care. *Endocr Pract*. 2022;28:528-562.
10. Ciardullo S, Mantovani A, Perseghin G. Impact of MASLD and MetALD on clinical outcomes. *Liver Int*. 2024;44:1762-1767.
11. Vanni E, Bugianesi E. Systemic complications of NAFLD. *Semin Liver Dis*. 2015;35:236-249.