

Tabla 3 | Declaraciones de consenso para una agenda de salud pública sobre la EHGNA

Número	Declaración	Grado
1. La carga humana y económica		
1.1	De acuerdo con las estimaciones actuales, el 20-25 % de la población adulta mundial padece EHGNA, y se calcula que el 20 % de las personas con EHGNA desarrollará EHNA. Sin embargo, las estimaciones epidemiológicas, desglosadas por el estadio de fibrosis, edad, sexo, perfil de riesgo y zona geográfica, son limitadas. La ausencia de datos completos dificulta poner en marcha una acción coordinada a escala nacional y mundial.	A
1.2	Los datos recogidos en registros centrales, registros sanitarios electrónicos o procedentes de estadísticas oficiales están disponibles para algunos países y pueden ser fuentes de información muy útiles. No obstante, las diferencias en los informes, tales como el uso de distintos códigos administrativos (por ejemplo, los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades [CIE]), limitan la comparación.	A
1.3	Los datos sobre la EHGNA pediátrica son escasos. Las estimaciones de prevalencia son muy variables y la información sobre resultados sanitarios a largo plazo en niños que padecen EHGNA es limitada. Por otro lado, los datos disponibles señalan que la EHGNA es un problema creciente en poblaciones pediátricas, siendo especialmente predominante en niños con obesidad.	U
1.4	A la hora de desarrollar métodos de prevención y tratamiento de la EHGNA se deben tener en cuenta una gran variedad de factores. Estos factores van desde riesgos metabólicos, como la resistencia a la insulina, hasta influencias genéticas, sociales y ambientales que pueden condicionar el desarrollo y la progresión de la enfermedad.	U
1.5	La EHGNA tiene una relación bidireccional con otras afecciones metabólicas. Abordar la EHGNA probablemente reducirá la prevalencia y la gravedad de estas afecciones.	A
1.6	Existen motivos tanto económicos como sociales para adoptar medidas sobre la EHGNA. Los datos indican que la progresión de la EHGNA está asociada con importantes costes sanitarios, pérdidas socioeconómicas y reducción de la calidad de vida, particularmente en pacientes con fibrosis y cirrosis avanzadas. La intervención temprana puede ayudar a reducir la carga de morbilidad, los costes sanitarios asociados y las pérdidas económicas.	U
2. Concienciación y educación		
2.1	La comunicación sobre la EHGNA y sus consecuencias ha demostrado ser un reto importante para el colectivo de salud hepática.	A
2.2	Aumentar la visibilidad de la EHGNA como un problema de salud pública requerirá mensajes claros sobre la enfermedad, sus consecuencias y qué medidas son necesarias adoptar. Estos mensajes deben adaptarse a destinatarios específicos, como los colectivos de salud hepática y gastroenterológica, los profesionales de atención primaria o los especialistas de otras disciplinas relevantes, así como también a otros colectivos de interés, como grupos de riesgo, medios de comunicación y autoridades responsables de formular medidas políticas.	A
2.3	Los profesionales de atención primaria y los endocrinólogos pueden desempeñar un papel fundamental en la identificación y la derivación de pacientes con fibrosis avanzada a los especialistas en hepatología. Concienciar a estos profesionales sanitarios mejorará la capacidad para intervenir en esta enfermedad.	A
3a. Definición e implantación de modelos de atención: consideraciones generales		
3.1	Debido al amplio espectro de la EHGNA y a los distintos niveles de atención requeridos por los pacientes en todo este espectro, serán importantes los modelos de atención específicos de cada contexto para abordar la carga de morbilidad.	A
3.2	La mayoría de las personas que padecen EHGNA pueden ser tratadas en atención primaria; solo los pacientes con enfermedad avanzada necesitan su derivación a un especialista en hepatología. Los planes asistenciales de la EHGNA pueden orientar las decisiones de atención, incluidas aquellas sobre cuándo derivar a un paciente a atención especializada.	A

3.3	Las personas con EHGNA, en particular aquellas con fibrosis avanzada, suelen necesitar el tratamiento de múltiples comorbilidades, como diabetes, obesidad y enfermedad cardiovascular.	A
3.4	Hay pocos datos sobre el impacto de los distintos modelos de atención de la EHGNA en los resultados de los pacientes y la relación coste-eficacia. La falta de datos y de inversión en la investigación de la implementación sigue impidiendo el diseño y la prestación de una buena atención en distintos ámbitos y contextos sanitarios.	A
3.5	El estadio de la fibrosis es un factor pronóstico importante de la enfermedad hepática a largo plazo y de la mortalidad general en personas que padecen EHGNA. La presencia de fibrosis avanzada es un claro indicador de la necesidad que tiene un paciente de ser derivado a un especialista hepático.	A
3.6	Los test no invasivos (TNI) pueden ser eficaces para excluir la fibrosis avanzada y valorar la necesidad de otra evaluación o derivación a un hepatólogo, sobre todo cuando se usan combinaciones de TNI de forma secuencial.	A
3.7	La disponibilidad y el uso de distintos TNI varían entre los ámbitos sanitarios. Fórmulas no comerciales basadas en parámetros de la sangre podrían implantarse de forma viable en la mayoría de los centros de atención primaria y especializada, así como en las consultas de diabetes, si fueran más accesibles y ampliamente conocidas.	A
3.8	Las personas que padecen diabetes <i>mellitus</i> de tipo 2 (DM2) u obesidad son consideradas de alto riesgo de sufrir complicaciones relacionadas con la EHGNA. Será necesaria la colaboración y coordinación entre los distintos integrantes del sistema sanitario para atender a estos pacientes de una manera más eficaz.	A
3b. Definición de modelos de atención: consideraciones para niños (menores de 18 años)		
3.9	La evolución natural de la EHGNA pediátrica es poco conocida debido a la falta de estudios prospectivos y a la compleja naturaleza de la enfermedad, incluyendo patologías que son propias de los niños con EHGNA. Disponer de más y mejores datos sobre la evolución natural, la fisiopatología y los factores de riesgo de la progresión de la enfermedad mejorará la atención de esta población.	U
3.10	Los modelos de atención de los niños deben abarcar todas las necesidades de asistencia, como la prestación de apoyo psicológico, y estar diseñados para facilitar un traslado paulatino de los servicios pediátricos a los de adultos.	A
3.11	La falta de TNI validados para su uso en niños es una barrera para realizar un diagnóstico a tiempo y comenzar la atención sanitaria.	A
3.12	Los datos disponibles indican que la EHGNA pediátrica está asociada tanto con la morbilidad y mortalidad hepáticas como con las no hepáticas. Los niños con EHGNA podrían beneficiarse de métodos de gestión multidisciplinarios adaptados a sus necesidades particulares de atención sanitaria.	A
3c. Definición de modelos de atención: consideraciones para entornos de bajos recursos		
3.13	En entornos de bajos recursos, es probable que la disponibilidad de herramientas de diagnóstico —incluidos los TNI— sea limitada, sobre todo las pruebas de imagen más caras. El diagnóstico en estos entornos requerirá con frecuencia que los médicos tomen decisiones pragmáticas y recurran a soluciones de bajo coste.	A
3.14	La EHGNA no se menciona en las directrices actuales de la OMS sobre la detección, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades no contagiosas (ENC) graves en atención primaria en entornos de bajos recursos. La inclusión de la EHGNA en dicha guía ayudaría a mejorar la atención de las poblaciones afectadas en estos entornos.	A
4. Tratamiento y atención		
4.1	Las intervenciones dirigidas a la modificación de los factores de riesgo del estilo de vida son clave para el tratamiento de la EHGNA. Algunos datos sugieren que estas intervenciones pueden evitar la progresión de la enfermedad y, en algunos casos, revertir la fibrosis, aunque se necesitan más datos para identificar los métodos más eficaces y cómo implantarlos en la práctica clínica.	A
4.2	Aunque aumente el número de tratamientos farmacológicos eficaces para la EHGNA, los programas dirigidos a la modificación de los factores de riesgo del estilo de vida seguirán siendo un elemento fundamental de la atención médica integral de la EHGNA.	A

4.3	El acceso a los programas de tratamiento de la EHGNA requiere la incorporación de esos programas en las políticas y directrices sanitarias nacionales pertinentes y su adecuada financiación. Las entidades aseguradoras o instituciones patrocinadoras públicas y privadas son fundamentales para garantizar la ayuda financiera (por ejemplo, el reembolso) por estos servicios.	A
4.4	La naturaleza invasiva de la biopsia hepática, la variabilidad inherente a los hallazgos histológicos y la falta de una alternativa de valoración validada para un beneficio clínico a largo plazo han complicado el desarrollo de tratamientos eficaces para la EHGNA.	A
5. Perspectivas del paciente y la comunidad		
5.1	Las personas con EHGNA pueden contribuir valiosamente en el diseño y la implantación de intervenciones destinadas a la adopción de medidas preventivas y a la mejora de su salud. Los pacientes y las organizaciones de pacientes deben implicarse de forma activa en el desarrollo de políticas y estrategias para abordar la EHGNA; sin embargo, pocos de esos grupos tratan en la actualidad la EHGNA.	A
5.2	Debido a que la EHGNA es un problema de salud pública con poca visibilidad social, los pacientes más mediáticos pueden ser especialmente útiles para crear conciencia y abogar por una mayor acción en la prevención y el tratamiento.	A
5.3	Las organizaciones de profesionales y de pacientes que abordan las ENC, tales como la DM2, la obesidad, las cardiopatías y el cáncer, pueden desempeñar un papel importante en el aumento de la visibilidad de la EHGNA, por ejemplo, proporcionando información a grupos de riesgo.	U
5.4	El estigma puede ser una barrera importante cuando se busca abordar cuestiones de salud. La hepatopatía, en general, se suele asociar con un consumo no saludable de alcohol, mientras que la EHGNA se asocia con la obesidad. Estas dos asociaciones con enfermedades muy estigmatizadas, requieren que las implicaciones de ese estigma deban conocerse y abordarse cuando se desarrollan métodos de prevención y tratamiento de la EHGNA.	A
6. Estrategias políticas y un enfoque social		
6.1	Falta una estrategia nacional para la EHGNA en casi todos los países, y en muy pocas estrategias nacionales o directrices clínicas para enfermedades relacionadas con la EHGNA, como obesidad o diabetes, se menciona explícitamente. Este hecho pone de relieve la poquísima prioridad que la enfermedad tiene en las agendas sanitarias nacionales y la necesidad de un esfuerzo conjunto para dar forma y ofrecer una respuesta sólida de salud pública.	U
6.2	Varias ENC altamente prevalentes comparten factores de riesgo comunes —como dietas poco saludables, inactividad física y consumo no saludable de alcohol— con la EHGNA. Las políticas, las medidas fiscales y la legislación podrían abordar muchas de estas enfermedades de una forma coordinada y simultánea.	A
6.3	El abordaje de la EHGNA requerirá una acción colectiva que incluya distintas disciplinas y sectores. Planes existentes, como los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas, pueden informar y orientar convenientemente el desarrollo de esfuerzos multisectoriales para tratar las causas directas, subyacentes y transversales de la EHGNA.	A
7. Liderazgo para la agenda de salud pública de la EHGNA		
7.1	Las asociaciones nacionales y regionales de enfermedades hepáticas, en colaboración con los gobiernos y otras partes interesadas, tienen un papel destacado en la respuesta frente a la EHGNA, como el desarrollo de estrategias y directrices de sanidad pública y la colaboración con otras asociaciones y organizaciones de enfermedades.	A
7.2	Las organizaciones multilaterales, como la OMS, también tienen un papel fundamental en dar forma y ayudar a liderar la respuesta frente a la EHGNA; en primer lugar, reconociendo la enfermedad como un gran problema de salud, y en segundo lugar, apoyando los esfuerzos promovidos a nivel nacional para dar soluciones de salud pública.	A
7.3	Los esfuerzos a nivel mundial para ampliar la cobertura sanitaria universal y garantizar que los sistemas sanitarios estén centrados en las personas, proporcionan un mecanismo útil para el abordaje global de las ENC, incluyendo no solo la EHGNA, sino también las enfermedades asociadas, como la diabetes y la obesidad.	U

Sistema de clasificación:

- U, indica acuerdo unánime (100 %);
- A, acuerdo del 90-99 %;
- B, acuerdo del 78-89 %; y
- C, acuerdo del 67-77 %.

Acrónimos:

- EHGNA, enfermedad del hígado graso no alcohólico;
- EHNA, esteatohepatitis no alcohólica;
- ENC, enfermedades no contagiosas; OMS, Organización Mundial de la Salud;
- TNI, test no invasivos.

Tabla 4 | Recomendaciones de consenso para una agenda de salud pública sobre la EHGNA

Número	Recomendación	Grado
1. La carga humana y económica		
1	Se necesita invertir en investigación para conocer mejor la epidemiología de la EHGNA, especialmente en grupos de población poco estudiados, como son los niños y las personas sin factores de riesgo metabólicos evidentes.	A
2	En ausencia de estudios longitudinales prospectivos poblacionales, deben considerarse métodos alternativos de investigación, como aquellos que emplean registros médicos electrónicos.	A
3	Deben destinarse inversiones para la EHGNA a nivel global, regional y local. Para respaldar estas inversiones, deben prepararse manuales que orienten sobre los datos económicos y comuniquen los hallazgos a las autoridades responsables de elaborar medidas políticas, a las instituciones sanitarias patrocinadoras o a las entidades aseguradoras y otras partes interesadas.	A
2. Concienciación y educación		
4	Las sociedades de profesionales y otras partes interesadas de carácter relevante, como las organizaciones de pacientes, deben colaborar en un proceso transparente para volver a considerar con detenimiento la nomenclatura de la esteatosis hepáticas, prestando especial atención a las ventajas e inconvenientes del cambio de nombre de «esteatosis hepática no alcohólica».	A
5	Los hepatólogos deben contratar a expertos en comunicación sanitaria para desarrollar conjuntamente estrategias eficaces y herramientas prácticas que permitan aumentar la concienciación de destinatarios clave, incluyendo los medios de comunicación y las autoridades responsables de formular medidas políticas.	A
6	Se debe adaptar la terminología y el concepto de «enfermedad hepática crónica avanzada compensada», dado que refleja mejor el proceso continuo de enfermedad avanzada y el mayor riesgo de descompensación que el uso actual de los estadios de fibrosis 3 y 4.	B
7	Los organismos profesionales deben elaborar materiales didácticos sencillos y cursos educativos dirigidos a los colectivos de salud hepática y gastroenterológica, profesionales sanitarios de atención primaria y especialistas de otras disciplinas, así como a poblaciones de riesgo, medios de comunicación y autoridades responsables de formular medidas políticas. Los cursos deben incluirse en los programas formativos de las facultades de medicina y considerarse como actividades continuas de educación médica.	A
3. Definición e implantación de modelos de atención		
8	Los coordinadores y profesionales sanitarios deben diseñar e implantar planes asistenciales para la EHGNA a nivel local utilizando para ello test disponibles que permitan determinar, de forma eficaz, las necesidades de atención de los pacientes y ponerlos en contacto con los servicios adecuados.	U
9	Los profesionales sanitarios —en especial los de atención primaria, especialistas en diabetes y los que atienden a personas con obesidad— deben contar con las herramientas y los conocimientos necesarios para prestar asistencia a las personas con EHGNA. Como mínimo, los profesionales deben ser capaces de identificar qué pacientes deben derivarse a un especialista del hígado.	A
10	Los modelos de atención multidisciplinar deben constituir la base para tratar a las personas con EHGNA, en particular a aquellos con fibrosis avanzada.	U
11	La investigación debe centrarse en la creación de test no invasivos (TNI) más eficaces y más precisos que ayuden a la estratificación del riesgo de los pacientes —incluidos niños— en atención primaria, así como a la estadificación de la fibrosis y el diagnóstico de EHNA en atención especializada.	U
12	Se debe realizar una investigación de la implementación para conocer los impedimentos que existen a la hora de aplicar los TNI disponibles en la actualidad.	A
13	Debe realizarse una búsqueda activa de casos en grupos de población con alto riesgo de desarrollar fibrosis avanzada. Las poblaciones diana específicas deben determinarse localmente, pero deben incluir a personas con diabetes <i>mellitus</i> de tipo 2 y adiposidad central.	A

14	Se necesita una investigación de la implementación para identificar los elementos centrales de los modelos de atención de la EHGNA en distintos ámbitos sanitarios —incluidos los de bajos recursos— y proporcionar datos generalizables que puedan contribuir al desarrollo de modelos de atención en distintos contextos.	A
15	Prevenir y tratar la EHGNA infantil debe ser una prioridad, tanto para mejorar la salud de los niños como para reducir la carga de morbilidad en la vida adulta.	A
4. Tratamiento y atención		
16	La investigación debe centrarse en identificar diferentes intervenciones terapéuticas, incluyendo los cambios en el estilo de vida (por ejemplo, regímenes de dieta y actividad física) y los tratamientos farmacológicos que permitan ayudar a las personas con EHGNA y obesidad a lograr y mantener una pérdida de peso de al menos un 10 %.	A
17	Deben ponerse a disposición de las personas con EHGNA programas eficaces de tratamiento estructurado del estilo de vida, en especial para aquellos pacientes con alto riesgo de desarrollar fibrosis avanzada o progresión rápida de la fibrosis.	A
18	Deben normalizarse los criterios indirectos de valoración histológica aceptados actualmente para la aprobación condicional de un fármaco para la EHGNA, con el objetivo de sustituirlos con el tiempo por métodos de diagnóstico no invasivo y biomarcadores de criterios indirectos de valoración.	A
5. Perspectivas del paciente y la comunidad		
19	Las asociaciones médicas y otras partes interesadas deben apoyar a los grupos de pacientes satisfaciendo las necesidades de las personas con EHGNA. Cuando sea posible, se deben formar grupos específicos de EHGNA. Los grupos de pacientes centrados en enfermedades relacionadas —como la diabetes y la obesidad— deben disponer de información relevante sobre la EHGNA para compartirla con sus miembros.	A
20	Se debe implicar a los pacientes con enfermedad hepática y con enfermedades no contagiosas (ENC) relacionadas en el desarrollo de guías de práctica clínica de la EHGNA. Las asociaciones médicas deben apoyar también a estos grupos de pacientes en la creación de materiales sobre la EHGNA para sus miembros.	A
6. Estrategias políticas y un enfoque social		
21	Los esfuerzos para detectar, prevenir y tratar la EHGNA deben integrarse en un paquete más amplio de intervenciones rentables que aborde de manera global los factores de riesgo de las ENC, centrándose en concreto en dietas poco saludables, inactividad física y consumo no saludable de alcohol.	A
22	Las organizaciones sanitarias mundiales (incluida la OMS) y las instituciones nacionales deben incorporar la EHGNA en sus materiales técnicos sobre ENC e incluirla entre sus ENC prioritarias.	A
23	La OMS debe dedicar un Día Mundial de la Salud (7 de abril) a la salud hepática para destacar la prevalencia mundial de la EHGNA y su trascendencia para la salud pública.	A
24	La agenda de prevención de la EHGNA debe incluir la creación de sociedades más sanas, más equitativas y más sostenibles como uno de sus objetivos principales. Una forma de hacerlo podría ser enfatizar los objetivos de los ODS que son relevantes para la prevención y el tratamiento de la EHGNA.	A
7. Liderazgo		
25	Una coalición mundial de organizaciones y personas debe liderar el desarrollo de una guía de salud pública de la EHGNA y apoyar a la comunidad sanitaria mundial en su seguimiento.	A
26	Las sociedades médicas que atienden cualquier aspecto relativo al síndrome metabólico deben colaborar formalmente para abordar la EHGNA, por ejemplo, mediante la elaboración de forma conjunta de directrices, informes normativos y planes de acción.	A

Sistema de clasificación:

- U, indica acuerdo unánime (100 %);
- A, acuerdo del 90-99 %;
- B, acuerdo del 78-89 %; y
- C, acuerdo del 67-77 %.

Acrónimos:

- EHGNA, enfermedad del hígado graso no alcohólico;
- EHNA, esteatohepatitis no alcohólica;
- ENC, enfermedades no contagiosas;
- OMS, Organización Mundial de la Salud;
- TNI, test no invasivos.