

424/1296 - INTERVENCIÓN DIETÉTICA PARA VALORAR A TRAVÉS DE SCORES, LA REGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD DE HÍGADO GRASO NO ALCOHÓLICO EN PACIENTES DE RIESGO

G. Castiñeiras Pardo¹, J. Cotrina Lino², B. Rodríguez Bayona³, S. Miro⁴, F. Mora Moreno⁴, J. Ortega Blanco⁴ y M. González Pedregal⁵

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Molino de la Vega. Huelva. ²Médico de Aparato Digestivo. Hospital de Móstoles. Madrid. ³Médico de Bioquímica. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva. ⁴Médico de Familia. Centro de Salud Molino de la Vega. Huelva. ⁵Médico Adjunto. Jefe de la Unidad Docente de Medicina de Familia. Huelva.

Resumen

Introducción: La incidencia de la obesidad está en aumento, al igual que las enfermedades metabólicas asociadas a ella. Entre estas patologías se encuentra la enfermedad de hígado graso no alcohólico (EHGNA), cuya prevalencia mundial está entre el 25-30% constituyendo actualmente la segunda causa de trasplante hepático en EEUU. La prevalencia de la EHGNA -y de la esteatohepatitis no alcohólica (EHNA)- es directamente proporcional a la prevalencia del síndrome metabólico y de sus componentes. Además, se ha observado que dichos componentes constituyen un factor de riesgo para desarrollar EHGNA y para presentar estadios más avanzados de la misma. Actualmente se dispone de varios scores analíticos validados para el diagnóstico de EHGNA y fibrosis. Se empleará para EHGNA: Fatty Liver Index (FLI) y Hepatic Steatosis Index (HSI). Y para fibrosis: NAFLD fibrosis score (NFS), Fibrosis-4 (FIB-4) y Hepamet Fibrosis Score (HFS). Las guías europeas recomiendan, el uso de los scores para el screening de EHGNA en pacientes de riesgo (>50 años, DM tipo 2 y obesos).

Objetivos: Valorar si el control de los factores de riesgo cardiovascular se correlaciona con una regresión de la EHGNA.

Diseño: Estudio de intervención sin grupo control.

Emplazamiento: Atención Primaria, España.

Material y métodos: Participarán 323 pacientes. Entre 50 y 75 años con diabetes tipo 2 y obesidad (IMC > 30) diagnosticados de EHGNA por scores. Criterios de exclusión: Consumo de alcohol > 30 g oh/día en varones y 20 g oh/día mujeres. VHB, VHC, hemocromatosis, enfermedad de Wilson, patología hepática autoinmune (HAI, CBP, CEP), enfermedad celiaca y tiroidea, ingesta de fármacos esteatogénicos (amiodarona, metotrexato y tamoxifeno), cirrosis, neoplasia hepática activa. Fibrosis significativa (F3-F4) en FIB-4, NFS HFS score. Lesiones ocupantes de espacio (excepto quiste simple) en ecografía. Movilidad reducida. Trastornos psiquiátricos o mentales. Consumidores de drogas. VIH positivo. Los pacientes clasificados como esteatosis "sí" por scores de esteatosis y por ecografía que no presenten fibrosis significativa por scores de fibrosis se someterán a una intervención dietética inicial para pérdida de peso con refuerzo a los 6 meses. Al año se evaluará regresión de EHGNA por scores de esteatosis y de fibrosis. En el

análisis de datos se utilizará variables cualitativas dicotómicas y ordinales. Como medida de asociación el riesgo relativo y para el análisis de variables el estadístico chi cuadrado. Se establecerá un nivel de significación estadística de $p < 0,05$.

Aplicabilidad: Los resultados esperados incorporan mejoras en la atención integral del diabético. La eficacia de la intervención será transferible a la gestión de recursos y a las políticas de salud ya que la regresión de la EHGNA irá asociado a una disminución de morbimortalidad cardiovascular y de la cuantía de trasplantes hepáticos.

Aspectos ético-legales: Se cumplirá la Ley de Protección de datos, las normas éticas de la Declaración de Helsinki. Será evaluado por el Comité Coordinador de Ética de la Investigación Biomédica.

Palabras clave: Diabetes. Obesidad. EHGNA.