



UNIVERSIDAD
NACIONAL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE RIO NEGRO

LIC. EN NUTRICIÓN

TRABAJO FINAL DE GRADO

**“Abordaje interdisciplinario de la Enfermedad Esteatótica
Hepática asociada a disfunción metabólica en el Hospital Zatti
de Viedma, Río Negro: participación del nutricionista y
percepción médica sobre su rol”**

Autora

Velo, Tamara Gisella.

Directora

Lic. Indelman, Maria Federica.

Año

2025

Nota de aceptación de la directora del Trabajo Final de Grado

Por medio de la presente nota, certifico que el Trabajo Final de Grado "Abordaje interdisciplinario de la Enfermedad Esteatósica Hepática asociada a disfunción metabólica en el Hospital Zatti de Viedma, Río Negro: participación del nutricionista y percepción médica sobre su rol" presentado por la estudiante Velo Tamara Gisella, ha sido evaluado y aprobado, estando en condiciones de poder presentarse para su posterior defensa ante un jurado.



Lic. Indelman María Federica.

Directora del TFG.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres Néstor y Mariela por darme la posibilidad de formarme profesionalmente a 500 km de mi hogar, por acompañarme en cada decisión y estar al pie del cañón en cada momento, por la comodidad y privilegio que tuve mientras estaba lejos de mi hogar.

A Braian y Joana, mis hermanos y compañeros de vida, con quienes compartí la trayectoria de altibajos, en la distancia y en la cercanía siempre nos mantuvimos juntos. A la más chiquita, Keyla quien creció mientras estaba lejos, y este logro representa el tiempo compartido que quedó pendiente.

A Luana y Alana, mis sobrinas, esta dupla que me dió la alegría más grande de todas, y no verlas crecer fue una de las renuncias más difíciles, pero también fueron la motivación más grande para este recorrido.

A mis amigas de toda la vida quienes me acompañaron en cada etapa y en todas mis versiones. Con mucha distancia de por medio pero siempre apoyándonos.

A las amistades que me dio el vóley porque siempre ayudaron a desconectarme del mapa de estudiante. También a los que sumé en mi etapa universitaria, porque todo se hace más llevadero cuando tenes con quienes compartir mates y risas.

A mis profesores, gracias a los cuales disfruté la trayectoria que hoy me trajo hasta acá; a quienes me inspiraron en el área clínica y, especialmente a mi directora de tesis, Federica Indelman, cuya dedicación y entusiasmo al compartir sus experiencias en el ámbito clínico despertaron en mí un profundo interés por la nutrición clínica.

Por último quiero hacer una dedicatoria especial a mi prima Ludmila, siempre la recordamos con mucho amor y luz.

RESUMEN

Introducción: Los profesionales de la nutrición cumplen un rol fundamental en el abordaje de la esteatosis hepática asociada a disfunción metabólica (MASLD), una enfermedad cuya prevalencia ha experimentado un incremento sostenido en las últimas décadas. Este aumento se observa tanto en adultos como en población pediátrica, lo que evidencia su creciente impacto como problema de salud pública y la necesidad de intervenir de manera temprana. En este escenario, se vuelve imprescindible que los sistemas de salud adopten modelos de atención multidisciplinarios que permitan una evaluación integral del paciente desde el inicio del proceso asistencial. Dentro de este enfoque, el tratamiento nutricional constituye un pilar central, dado su capacidad para modificar los factores metabólicos subyacentes, reducir el riesgo de progresión de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas. Un abordaje coordinado entre médicos y nutricionistas no solo optimiza las estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento, sino que también contribuye a reducir complicaciones futuras y fortalecer la atención centrada en el paciente.

Objetivo: Analizar el abordaje interdisciplinario de la Esteatosis Hepática Asociada a Disfunción Metabólica (MASLD) en el Hospital Zatti de Viedma, Río Negro, y la percepción del equipo médico sobre su rol, con el fin de identificar el grado de trabajo en conjunto en los procesos de sospecha, atención, derivación y seguimiento, durante el período comprendido entre junio y octubre.

Metodología: El presente estudio adopta un enfoque metodológico cuantitativo, observacional, transversal y descriptivo. El Instrumento de recolección de datos se basó en la confección de una encuesta estructurada con preguntas cerradas y abiertas dirigido a médicos y nutricionistas del hospital Zatti de la ciudad de Viedma, Río Negro

Resultados: Las encuestas a nutricionistas ($n = 5$) y médicos ($n = 9$) evidenciaron un abordaje coincidente de MASLD. La totalidad de los nutricionistas recibe pacientes con diagnóstico confirmado, mientras que el 100% de los médicos inicia la evaluación con perfil hepático y ecografía. La coordinación interdisciplinaria fue reportada por el 60% y el 77,8%, respectivamente. Las derivaciones se asociaron a descompensación (60%) o falta de respuesta terapéutica (55,6%). Ambos grupos señalaron ausencia de protocolos y limitaciones comunicacionales. El 80% de los nutricionistas se siente considerado y el 77,8% de los médicos valoró la intervención nutricional como determinante. Los hallazgos indican la necesidad de optimizar la articulación institucional.

Conclusión: El estudio evidencia una alta coincidencia entre médicos y nutricionistas en el abordaje de MASLD y en la valoración del trabajo interdisciplinario. No obstante, la falta de protocolos y las limitaciones en la

comunicación continúan siendo las principales barreras para una integración efectiva. Los resultados señalan la necesidad de formalizar circuitos de derivación y fortalecer los mecanismos institucionales de articulación clínica.

Palabras claves: Hígado, esteatosis hepática asociado a disfunción metabólica, hígado graso.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	3
ÍNDICE DE ABREVIATURAS.....	7
GRÁFICOS.....	7
INTRODUCCIÓN.....	9
CAPÍTULO 1: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	12
1.1 Pregunta de investigación.....	12
1.2 Justificación.....	12
1.3. Objetivos.....	13
1.3.1. Objetivo general:.....	13
1.3.2. Objetivos específicos:.....	13
1.4. Hipótesis.....	13
CAPÍTULO II: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	14
2.1. Antecedentes de investigación.....	14
2.2. Marco teórico.....	15
2.2.1 Necesidad de una nueva nomenclatura.....	16
Evolución conceptual: de NAFLD a MASLD.....	16
Críticas al término NAFLD.....	16
Proceso Delphi y redefinición consensuada.....	17
Nuevos criterios diagnósticos y categorías asociadas.....	17
2.2.2 Interdisciplinariedad en el abordaje de enfermedades crónicas.....	18
2.2.3. Bases fisiopatológicas de la enfermedad hepática esteatósica.....	19
Componentes dietéticos que afectan la EHGNA.....	20
Microbiota e intestino.....	21
Resistencia a la insulina (RI).....	23
2.2.4. Herramientas diagnósticas: el rol del médico.....	24
Diagnóstico Histológico.....	24
Diagnóstico no invasivo.....	26
2.2.5. Manejo de MASLD.....	29
2.2.6. Manejo multidisciplinario.....	30
2.2.7. Estrategias terapéuticas.....	32
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	35
Tipo y diseño de la investigación.....	35
Población y muestra.....	35
Técnica de recolección de datos.....	36
Análisis de la información.....	38
Consideraciones éticas.....	38
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	39
Resultados correspondientes a nutricionistas.....	39
Resultados correspondientes a médicos.....	47
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN.....	64
5.1 Articulación interdisciplinaria y evidencia internacional.....	64

5.2 Implicancias organizacionales del abordaje interdisciplinario.....	64
5.3 Consideraciones metodológicas y limitaciones.....	65
CAPÍTULO VI: CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES.....	66
Conclusiones.....	66
Bibliografía:.....	70
ANEXO 1: Encuesta al equipo médico.....	77
ANEXO 2: Encuestas al servicio de nutrición.....	84

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

NAFLD: (Non-Alcoholic Fatty Liver Disease) Enfermedad por hígado graso no alcohólico (EHGNA)

NASH: (Non-Alcoholic Steatohepatitis) Esteatohepatitis no alcohólica (EHNA)

MASLD: (Metabolic dysfunction-Associated Steatotic Liver Disease). Esteatosis hepática asociada a disfunción metabólica

MASH: (Metabolic dysfunction-Associated Steatohepatitis). Esteatohepatitis asociada a disfunción metabólica

RI: Resistencia a la insulina

ÍNDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS

GRÁFICOS

Gráfico N° 1. Contextos de recepción de pacientes con MASLD por parte de nutricionistas.....	40
Gráfico N° 2. Tipo de información que acompaña la consulta de pacientes con MASLD.....	41
Gráfico N° 3. Abordaje integral e interdisciplinario del síndrome metabólico en pacientes con diagnóstico de MASLD según nutricionistas encuestados.....	42
Gráfico N° 4. Diagnóstico nutricional específico en pacientes con MASLD según nutricionistas encuestados.....	42
Gráfico N°5. Participación en equipos interdisciplinarios.....	43
Gráfico N° 6. Coordinación del tratamiento con médico especialistas.....	44
Gráfico N° 7. Situaciones en las que considera necesaria la derivación o interconsulta médica en el tratamiento nutricional de MASLD.....	45
Gráfico N° 8. Modalidades de comunicación entre nutricionistas y médicos... 	45
Gráfico N.° 9 Percepción de los nutricionistas sobre su consideración por el equipo médico en el abordaje de la MASLD.....	46
Gráfico N° 10. Factores que dificultan el trabajo interdisciplinario en el tratamiento de pacientes con MASLD.....	47
Gráfico N° 11. Especialidades dentro del equipo médico.....	48
Gráfico N° 12. Abordaje médico en pacientes con MASLD.....	49
Gráfico N° 13. Factores que influyen en la derivación de pacientes con MASLD.	50
Gráfico N° 15. Abordaje de los aspectos nutricionales en la consulta.....	52
Gráfico N° 16. Situación en la que se considera necesario el acompañamiento nutricional.....	53

Gráfico N° 17. Comunicación con nutricionistas en el seguimiento de pacientes compartidos.....	54
Gráfico N° 18 Percepción del impacto del trabajo conjunto con nutricionistas en los resultados clínicos de MASLD.....	55
Gráfico N° 19. Factores que dificultan el trabajo interdisciplinario en el tratamiento de pacientes con MASLD.....	56

TABLAS

Tabla N° 1. Comparación de resultados.....	61
Tabla N° 2. Percepciones cruzadas sobre el valor del trabajo interdisciplinario en MASLD.....	63
Tabla N° 3. Etapas del protocolo:.....	68

INTRODUCCIÓN

El hígado es uno de los órganos más importantes en cuanto a actividad metabólica del cuerpo humano. Desempeña múltiples funciones en el organismo como la producción de bilis; metabolismo de los carbohidratos: gluconeogénesis, glucogenólisis; eliminación de insulina y de otras hormonas; metabolismo de los lípidos: síntesis de colesterol y producción de triglicéridos; síntesis de proteínas, como la albúmina y las lipoproteínas; síntesis de factores de coagulación; desintoxicación de la sangre; neutralización de toxinas, la mayor parte de los fármacos y de la hemoglobina; transformación del amonio en urea; activación de vitaminas (caroteno, vitaminas D y K, ácido fólico); depósito de múltiples sustancias, como: glucosa en forma de glucógeno, vitamina B12, hierro, cobre, magnesio. (Torresani & Somoza, 2016).

Dada esta amplia gama de funciones, cualquier alteración en su desempeño puede desencadenar consecuencias sistémicas significativas. En este contexto, una de las enfermedades hepáticas más prevalentes en la actualidad es la **Esteatosis Hepática Asociada a Disfunción Metabólica (MASLD, por sus siglas en inglés)**, anteriormente conocida como **Enfermedad por Hígado Graso No Alcohólico (EHGNA)**. El cambio de denominación, propuesto en 2023 por consenso internacional, busca reconocer explícitamente la estrecha relación entre esta patología y alteraciones metabólicas como la obesidad, la diabetes tipo 2 y la dislipidemia (Rinella et al., 2023). Este nuevo enfoque no solo favorece una caracterización clínica más precisa, sino que también promueve una mejor orientación diagnóstica al situar la disfunción metabólica como elemento central de la enfermedad.

La esteatosis hepática se caracteriza por la acumulación excesiva de lípidos en los hepatocitos. Dentro de este espectro, la enfermedad hepática asociada a disfunción metabólica (MASLD) puede manifestarse como una simple infiltración grasa (esteatosis hepática), considerada un trastorno benigno, o bien evolucionar hacia la esteatohepatitis asociada a disfunción metabólica (MASH), definida por la presencia de grasa que desencadena lipotoxicidad y daño inflamatorio en los hepatocitos. Esta forma avanzada puede progresar hacia fibrosis, cirrosis o incluso

carcinoma hepatocelular, lo que la convierte en una enfermedad de gran relevancia clínica (Tholey, 2023).

Más allá de su repercusión clínica, la MASLD constituye también un desafío creciente para los sistemas de salud debido a su alta prevalencia y a la posibilidad de progresión hacia formas graves de enfermedad hepática, con el consiguiente aumento en los costos asistenciales, farmacológicos y de seguimiento (Younossi et al., 2016).

El creciente aumento de MASLD en todo el mundo se vincula directamente con el incremento sostenido de enfermedades metabólicas crónicas, lo cual la convierte en una prioridad de salud pública. A nivel global, se estima que alrededor del 55% de los pacientes con diabetes tipo 2 presentan MASLD, lo que refleja su alta prevalencia y la necesidad urgente de mejorar las estrategias de abordaje (Younossi et al., 2020). Bajo estas circunstancias, los sistemas de salud se enfrentan al desafío de implementar intervenciones eficaces, tanto clínicas como nutricionales, que aborden el componente hepático y metabólico de manera integral.

Cabe destacar que los pacientes con MASLD rara vez presentan una sola condición; en general, cursan con múltiples comorbilidades como insulinoresistencia, dislipidemia, hipertensión y obesidad. Esta complejidad refuerza la necesidad de un abordaje integral e interdisciplinario, donde la colaboración entre profesionales médicos y nutricionistas resulte fundamental (Aguirre & Pérez-Valenzuela, 2023).

A nivel local, el Hospital Artémides Zatti de la ciudad de Viedma, Provincia de Río Negro, constituye un centro público de referencia regional donde los equipos de salud atienden a una población con alta prevalencia de enfermedades metabólicas. Sin embargo, se desconoce con precisión cómo se articula la atención entre médicos y nutricionistas en el manejo de la MASLD, lo que genera la necesidad de indagar cómo se construyen y aplican las estrategias de atención en este contexto. En centros hospitalarios como el Hospital Artémides Zatti, la atención integra servicios de diagnóstico por imágenes, atención primaria y especialidades (medicina interna/gastroenterología/hepatología) con soporte nutricional. Esta realidad local

exige protocolos claros y mecanismos de coordinación interdisciplinaria para optimizar la detección, estratificación de riesgo y manejo terapéutico de la enfermedad hepática asociada a disfunción metabólica.

Conforme a lo expuesto, la presente investigación tuvo como objetivo general describir y justificar los roles diferenciados y complementarios del médico y del nutricionista en la atención de pacientes con MASLD.

Finalmente, este trabajo se estructura en seis capítulos:

- En el capítulo I se presenta el planteo del problema junto a las preguntas de investigación, la justificación, los objetivos y la hipótesis.
- En el capítulo II, se expone el marco conceptual y metodológico que sustenta el estudio, incluyendo la revisión de los principales antecedentes y la delimitación de las dimensiones y subdimensiones consideradas para orientar el desarrollo de la investigación.
- En el capítulo III, se detalla la metodología empleada.
- En el capítulo IV, se presentan y analizan los resultados obtenidos de las encuestas realizadas al equipo de médicos y nutricionistas del Hospital Artémides Zatti.
- En el capítulo V, se realiza la discusión.
- Finalmente, en el capítulo VI, se exponen las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO 1: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Pregunta de investigación

En función de lo planteado, surge la siguiente pregunta de investigación:
¿Cómo se define y percibe el rol del nutricionista en el abordaje interdisciplinario de la MASLD en el Hospital Artémides Zatti de la ciudad de Viedma, Río Negro?

1.2 Justificación

La presente investigación tiene como propósito analizar el trabajo en conjunto entre médico y nutricionista en el diagnóstico y tratamiento de la esteatosis hepática asociada a disfunción metabólica (MASLD) en pacientes atendidos en el Hospital Artémides Zatti, de la ciudad de Viedma, Río Negro.

La MASLD es una condición clínica prevalente y de carácter multisistémico, estrechamente asociada a comorbilidades metabólicas como diabetes mellitus tipo 2, obesidad, hipertensión arterial y dislipidemia, que incrementan el riesgo cardiovascular y dificultan su manejo integral (Velarde-Ruiz Velasco et al., 2019).

En el ámbito local, el Hospital Zatti constituye un centro de referencia regional que cuenta con médicos generalistas, especialistas y nutricionistas. Si bien el médico de atención primaria suele ser el primero en sospechar esta patología en pacientes con factores de riesgo, no se dispone de suficiente información sobre cómo se organizan las decisiones clínicas, los criterios de derivación ni el grado de integración interdisciplinaria en el abordaje de MASLD.

La ausencia de protocolos claros y de mecanismos de articulación entre los distintos profesionales puede derivar en diagnósticos tardíos, seguimientos fragmentados y limitaciones para implementar intervenciones oportunas. Frente a esta realidad, resulta pertinente indagar cómo se desarrolla la participación del nutricionista y cuál es la percepción del equipo médico respecto a su rol, con el fin de identificar fortalezas y áreas de mejora en el abordaje institucional de esta patología.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general:

Analizar el abordaje interdisciplinario de la Enfermedad Esteatótica Hepática Asociada a Disfunción Metabólica (MASLD) en el Hospital Zatti de Viedma, Río Negro, y evaluar la percepción del equipo médico sobre el rol del nutricionista, con el fin de identificar el grado de trabajo conjunto en los procesos de sospecha, atención, derivación y seguimiento durante el periodo comprendido entre junio y octubre de 2025.

1.3.2. Objetivos específicos:

- Describir las prácticas clínicas actuales y los factores que influyen en la derivación e interconsulta entre profesionales de distintas disciplinas en la atención de pacientes con MASLD
- Analizar los métodos diagnósticos utilizados por los médicos para confirmar la presencia de esteatosis hepática asociada a disfunción metabólica
- Identificar la comunicación entre el equipo médico y el profesional en nutrición durante el tratamiento de pacientes con MASLD.
- Explorar la percepción y el rol que los profesionales asignan al trabajo interdisciplinario en el abordaje de la esteatosis hepática no alcohólica.

1.4. Hipótesis

En el Hospital Artémides Zatti, el abordaje de la Enfermedad Esteatótica Hepática Asociada a Disfunción Metabólica (MASLD) se concibe como un proceso complementario entre médicos y nutricionistas; sin embargo, esta articulación interdisciplinaria se ve limitada por la ausencia de lineamientos institucionales que definan con claridad los roles, responsabilidades y mecanismos de derivación y seguimiento entre ambos profesionales.

CAPÍTULO II: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. Antecedentes de investigación

La literatura científica reciente ha puesto de manifiesto que el abordaje de la enfermedad hepática esteatósica asociada al metabolismo (MASLD) requiere estrategias integrales basadas en equipos interdisciplinarios. Los primeros reportes provinieron de clínicas metabólicas especializadas, donde la intervención coordinada entre hepatólogos, médicos de atención primaria y nutricionistas mostró mejoras significativas en la reducción de peso, la sensibilidad a la insulina y los biomarcadores hepáticos en comparación con modelos tradicionales centrados exclusivamente en la atención médica. En uno de estos estudios, el trabajo interdisciplinario permitió optimizar la implementación de cambios en el estilo de vida y alcanzar mejores resultados clínicos, evidenciando la relevancia del componente nutricional dentro del tratamiento (Moola et al., 2019).

Posteriormente, investigaciones focalizadas específicamente en la intervención nutricional dentro de equipos multidisciplinarios confirmaron que la participación activa de nutricionistas favorece la adherencia terapéutica y potencia la eficacia de las recomendaciones clínicas. Policarpo et al. (2021) demostraron que los programas estructurados que incluyen educación alimentaria individualizada, seguimiento continuo y coordinación con el equipo médico logran mayor pérdida de peso y mejoría metabólica que aquellos sin integración nutritiva formal. Estos hallazgos subrayan que la intervención dietoterapéutica no solo acompaña, sino que constituye un pilar terapéutico fundamental en MASLD.

A nivel internacional, los documentos de consenso más recientes enfatizan la necesidad de articular prácticas entre múltiples disciplinas para mejorar la detección, el tratamiento y el seguimiento de MASLD. Zhou et al. (2023) destacan la importancia de establecer rutas de derivación claras, protocolos compartidos y canales de comunicación fluidos entre medicina, nutrición, endocrinología y especialistas en ejercicio, con el fin de enfrentar la naturaleza multifactorial de la enfermedad. De manera complementaria, aportes provenientes de enfoques multisectoriales revelan que la falta de estandarización institucional, la escasez de

tiempo en consulta y la ausencia de lineamientos comunes dificultan la implementación de modelos de atención integrados (Schattenberg et al., 2023).

Investigaciones más recientes profundizan además en las dificultades del sistema sanitario para sostener programas interdisciplinarios, señalando desafíos relacionados con la organización institucional y la carencia de recursos destinados a la educación nutricional. Salmanizadeh et al. (2025) remarcan que, pese a la evidencia que respalda la efectividad del abordaje conjunto, los modelos de atención aún se desarrollan de forma fragmentada, lo que genera brechas en la continuidad del cuidado y en la calidad del seguimiento clínico-nutricional.

Finalmente, nuevas síntesis de evidencia (Chen et al., 2025) consolidan el consenso respecto del rol central de los cambios de estilo de vida y de la necesidad de equipos interdisciplinarios para su implementación efectiva. Estos estudios subrayan que la participación activa de nutricionistas, junto con el acompañamiento médico, constituye el enfoque más eficaz para evitar la progresión de MASLD hacia estadios más avanzados como MASH o fibrosis significativa.

En conjunto, los antecedentes disponibles no solo validan la pertinencia del abordaje interdisciplinario, sino que también señalan vacíos relevantes en la literatura, particularmente en relación con la articulación entre médicos y nutricionistas en contextos hospitalarios y en la existencia de protocolos institucionales. Este punto constituye un área de oportunidad que justifica el desarrollo de la presente investigación.

2.2. Marco teórico

Antes de avanzar en el desarrollo del estudio, es necesaria la clarificación de ciertos conceptos fundamentales. Esta delimitación conceptual permite unificar criterios y favorecer una comprensión precisa y coherente entre el contenido de la investigación y el lector. En este sentido, se abordan los principales aspectos vinculados al hígado graso, la reciente actualización de su nomenclatura y los estudios diagnósticos actualmente empleados para su identificación y caracterización.

2.2.1 Necesidad de una nueva nomenclatura

Bajo esta perspectiva, se plantea la necesidad de contar con definiciones claras y actualizadas en torno a las enfermedades hepáticas. Disponer de enfoques globales unificados para la nomenclatura y definición resulta fundamental para aumentar la conciencia sobre estas patologías, promover cambios en las políticas de salud, identificar a las poblaciones en riesgo y facilitar tanto el diagnóstico como el acceso oportuno a la atención. Cabe destacar que el lenguaje no solo constituye una herramienta descriptiva, sino que también puede generar o intensificar estigmas, marginar a determinados grupos de la población afectada y, en consecuencia, contribuir a las desigualdades en salud (Rinella et al., 2023)

Evolución conceptual: de NAFLD a MASLD

Para comprender el debate actual en torno al cambio de nomenclatura, resulta necesario revisar los orígenes del término NAFLD. El término “esteatohepatitis no alcohólica” fue inicialmente utilizado en 1980 por Jurgen Ludwig para referirse al proceso de esteatosis hepática con injuria hepatocitaria e inflamación hepática con fibrosis, en un contexto de sobrepeso u obesidad. Posteriormente, se utilizó el término *enfermedad hepática grasa no alcohólica* (NAFLD, por sus siglas en inglés “Non-Alcoholic Fatty Liver Disease”) para describir eventos histológicos que van desde la esteatosis simple hasta la esteatohepatitis, desarrollándose sistemas de puntaje histológico de actividad, esteatosis y fibrosis. Dos subtipos principales se ocuparon para describir este espectro: hígado graso no alcohólico y esteatohepatitis no alcohólica (Aguirre & Pérez-Valenzuela, 2023).

Críticas al término NAFLD

Con el paso del tiempo, surgieron críticas sobre la idoneidad de estos términos. Desde una perspectiva histórica, los términos *enfermedad del hígado graso no alcohólico* (NAFLD) y *esteatohepatitis no alcohólica* (NASH) no eran ideales, ya que requerían la exclusión de otras enfermedades como criterio diagnóstico y, por lo tanto, eran diagnósticos de exclusión. Otro problema fue que algunas personas sintieron que estos términos eran estigmatizantes debido al uso de las palabras *graso* y *no alcohólico*. Además, “no alcohólico” no refleja

específicamente los fundamentos fisiopatológicos de la enfermedad. El catalizador para el cambio de nomenclatura fue la introducción del término *esteatosis hepática asociada a disfunción metabólica* (MAFLD) en 2020 (Rinella, 2023).

Proceso Delphi y redefinición consensuada

En respuesta a estas limitaciones, diversas organizaciones científicas promovieron un trabajo colaborativo para redefinir el término. Estas inquietudes motivaron un esfuerzo de múltiples partes interesadas, bajo el auspicio de la Asociación Americana para el Estudio de las Enfermedades Hepáticas (AASLD), la Asociación Europea para el Estudio del Hígado (EASL) y la Asociación Latinoamericana para el Estudio del Hígado (ALEH). En el proceso participaron hepatólogos, gastroenterólogos, pediatras, endocrinólogos, expertos en salud pública y obesidad, así como representantes de la industria, agencias reguladoras y organizaciones de pacientes (Rinella et al., 2023).

El método elegido para alcanzar el consenso fue el proceso Delphi, ampliamente validado para la toma de decisiones en entornos científicos. Se trata de una metodología de consenso que busca acuerdos entre expertos mediante múltiples rondas de encuestas y discusiones. En este caso, se desarrolló entre 2020 y 2023, liderado por las tres grandes asociaciones mencionadas anteriormente, donde participaron 236 expertos de 56 países, incluyendo clínicos, investigadores y defensores de pacientes. El objetivo central fue proponer una terminología menos estigmatizante y un diagnóstico más preciso.

Nuevos criterios diagnósticos y categorías asociadas

Como resultado de este proceso, se definieron nuevos criterios y se introdujo un cambio significativo en la terminología. Se realizaron cuatro encuestas en línea y dos reuniones híbridas, con tasas de respuesta elevadas (87%, 83%, 83% y 78%). Se estableció como criterio de consenso una supermayoría del 67%. Se adoptó el término *enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica* (MASLD) como reemplazo de NAFLD. Se acordó que la presencia de al menos uno de cinco factores de riesgo cardiometabólico sería suficiente para el diagnóstico.

Según Boccacatonda et al. (2023), la desregulación metabólica se define como la presencia de al menos dos anomalías de riesgo metabólico entre los siguientes criterios:

- Circunferencia de la cintura $\geq 102/88$ cm en hombres/mujeres caucásicos o $\geq 90/80$ cm en hombres/mujeres asiáticos;
- Presión arterial $\geq 130/85$ mmHg o medicación antihipertensiva;
- Triglicéridos plasmáticos ≥ 150 mg/dl o medicación para reducir los triglicéridos;
- Colesterol de lipoproteínas de alta densidad plasmática (HDL-C) < 40 mg/dl para hombres y < 50 mg/dl para mujeres o medicación para reducir los lípidos;
- Prediabetes (niveles de glucosa plasmática en ayunas entre 100 y 125 mg/dl o niveles de glucosa 2 h después de la carga entre 140 y 199 mg/dl o hemoglobina glicosilada (HbA1c) entre 5,7 y 6,4 %;
- Evaluación del modelo de homeostasis (HOMA) con puntuación de resistencia a la insulina $\geq 2,5$;
- Niveles de proteína C reactiva de alta sensibilidad > 2 mg/L.

Asimismo, se introdujeron nuevas categorías diagnósticas:

- **MetALD** (*Metabolic dysfunction-associated alcohol-related liver disease*), para personas con disfunción metabólica y consumo significativo de alcohol.
- **Esteatosis hepática criptogénica**, para casos que no presentan factores metabólicos ni causa conocida.

2.2.2 Interdisciplinariedad en el abordaje de enfermedades crónicas.

En el ámbito de la atención sanitaria contemporánea, la complejidad de las enfermedades crónicas ha impulsado el desarrollo de modelos de atención basados en la colaboración entre profesionales de distintas disciplinas. La interdisciplinariedad implica un proceso de interacción sistemática entre profesionales que comparten objetivos terapéuticos comunes, integrando conocimientos y competencias para abordar problemas de salud complejos (Reeves et al., 2017).

A diferencia del trabajo multidisciplinario, donde cada profesional interviene de manera relativamente independiente, el enfoque interdisciplinario supone la construcción de estrategias de atención coordinadas, con intercambio de información, toma de decisiones compartidas y planificación terapéutica conjunta (Hall & Weaver, 2001).

Diversos modelos organizacionales en salud han destacado la relevancia del trabajo colaborativo para mejorar la calidad de la atención. Entre ellos, el modelo de atención para enfermedades crónicas (Chronic Care Model) plantea que la coordinación entre profesionales constituye un componente central para optimizar los resultados clínicos, especialmente en patologías asociadas a factores metabólicos y estilos de vida (Wagner et al., 2001).

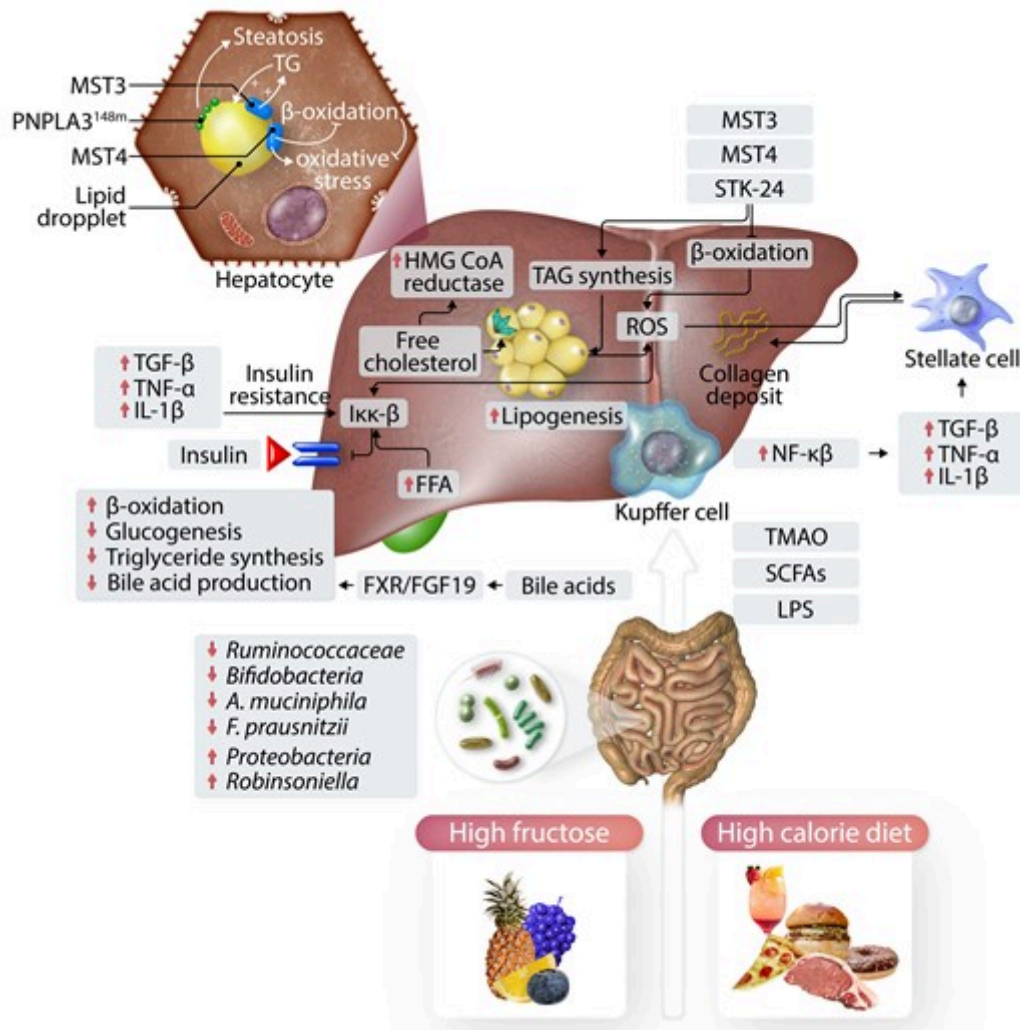
En el caso de la enfermedad esteatótica hepática asociada a disfunción metabólica (MASLD), el abordaje interdisciplinario resulta particularmente relevante debido a la interacción de múltiples factores fisiopatológicos, metabólicos y conductuales. La intervención médica permite el diagnóstico, la evaluación del riesgo y el seguimiento clínico, mientras que la intervención nutricional se orienta a la modificación de los hábitos alimentarios y del estilo de vida, considerados pilares fundamentales del tratamiento (Eslam et al., 2020).

Desde esta perspectiva, la articulación entre medicina y nutrición constituye un componente clave para la implementación efectiva de estrategias terapéuticas dirigidas a la reducción del riesgo cardiometabólico y la progresión de la enfermedad hepática.

2.2.3. Bases fisiopatológicas de la enfermedad hepática esteatótica

La fisiopatología de la enfermedad, actualmente denominada enfermedad hepática grasa asociada a disfunción metabólica (MAFLD), es intrínsecamente compleja y multifactorial. Esta heterogeneidad se refleja en su amplio espectro clínico, que abarca desde la esteatosis simple hasta formas más avanzadas como la cirrosis. Diversos factores metabólicos, inmunológicos y ambientales convergen para inducir alteraciones funcionales en el tejido hepático (Grander, Grabherr, & Tilg, 2023).

Figura N° 1. Patogénesis multifactorial de la enfermedad del hígado graso no alcohólico (NAFLD).



Fuente: *Enfermedad del hígado graso no alcohólico: conceptos fisiopatológicos y opciones de tratamiento (Grander, Grabherr, & Tilg, 2023).*

Nota: La dieta y los componentes dietéticos modifican la microbiota intestinal, afectando la inflamación hepática, la esteatosis y la resistencia a la insulina.

Componentes dietéticos que afectan la EHGNA

Además del consumo excesivo de calorías y el consecuente aumento de peso, se ha identificado a la **fructosa como un factor clave en el desarrollo y la progresión de la enfermedad hepática grasa no alcohólica (EHGNA)**. Esta se incorpora a la dieta principalmente a través de bebidas azucaradas y alimentos

ultraprocesados. La fructosa estimula la lipogénesis hepática al incrementar los sustratos disponibles para la síntesis de ácidos grasos, acción mediada por enzimas como la aldolasa B y la cetohecoquinasa. Asimismo, activa factores de transcripción lipogénicos como la proteína de unión al elemento regulador de esteroides tipo 1c (SREBP-1c), lo cual favorece la acumulación de triglicéridos en el hígado (Schwarz et al., 2021).

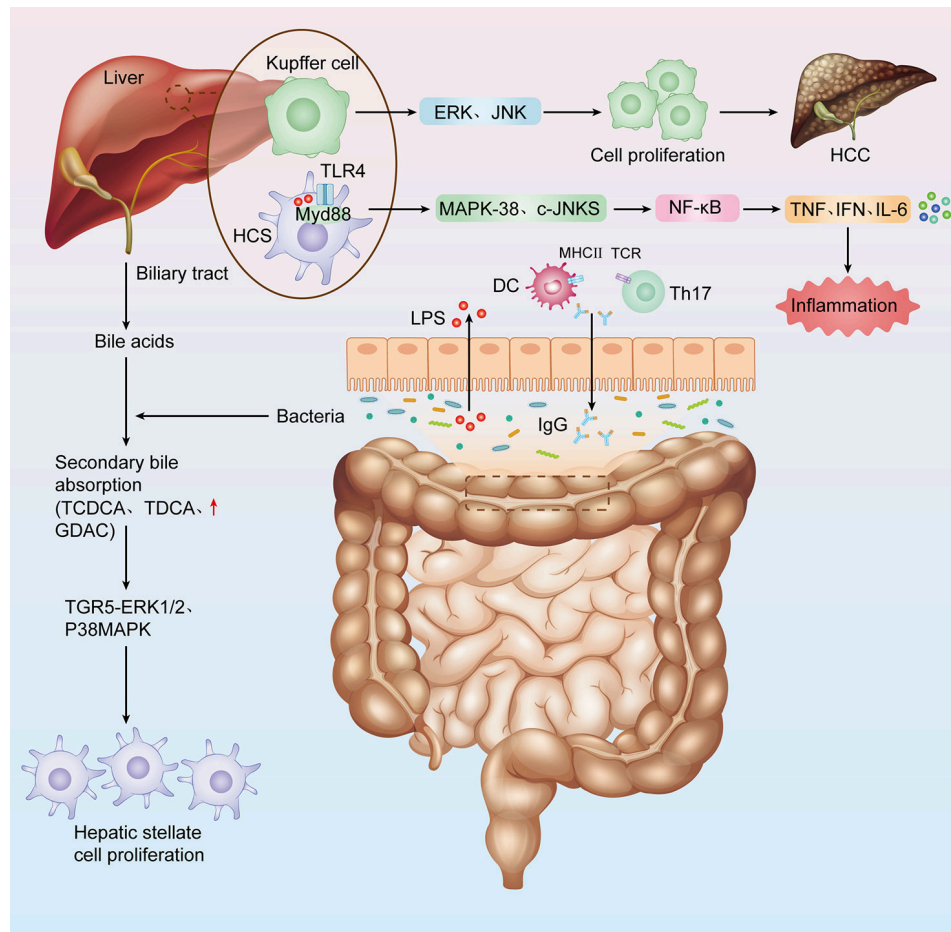
Un estudio reciente realizado en población pediátrica y adolescente con EHGNA evidenció que, si bien la ingesta total de calorías, grasas y carbohidratos fue similar entre los pacientes con EHGNA simple y aquellos con esteatohepatitis (EHNA), estos últimos presentaron una mayor ingesta de fructosa, sacarosa, glucosa y azúcares añadidos. En esta misma línea, un metaanálisis que incluyó a más de 2000 participantes demostró que el consumo excesivo de bebidas azucaradas —particularmente aquellas con alto contenido de fructosa— se asocia significativamente con un incremento del contenido de grasa hepática (Grandner, Grabherr, & Tilg, 2023).

Microbiota e intestino

El eje intestino-hígado desempeña un papel central en la fisiopatología de la enfermedad hepática grasa asociada a disfunción metabólica (MAFLD), ya que el hígado es el primer órgano en recibir, a través de la circulación portal, los metabolitos derivados de la microbiota intestinal. Esta relación anatómica y funcional íntima implica que cualquier alteración en la homeostasis intestinal puede repercutir negativamente sobre la salud hepática. La microbiota intestinal, compuesta por una comunidad compleja y dinámica de microorganismos —incluidos bacterias, hongos, virus, protozoos y vibrios—, participa activamente en la regulación inmunológica, la integridad de la barrera intestinal y el metabolismo del huésped. Aunque existe una diversidad de microorganismos, las investigaciones actuales se enfocan principalmente en las bacterias, siendo Firmicutes y Bacteroidetes los filos predominantes en condiciones normales, en un equilibrio que resulta fundamental para el mantenimiento de la función intestinal y hepática (Liu & Yang, 2023).

Liu & Yang, (2023) afirman que factores como una dieta rica en grasas y azúcares, el sedentarismo o el uso de antibióticos pueden alterar este equilibrio, favoreciendo la proliferación de bacterias patógenas oportunistas como *Escherichia coli* o *Proteus*. Esta disbiosis intestinal, junto con el aumento de la permeabilidad de la barrera intestinal, permite la translocación de productos bacterianos como lipopolisacáridos (LPS) hacia el hígado a través de la vena porta. Estos componentes microbianos pueden activar receptores de reconocimiento de patrones (PRRs) en células inmunitarias hepáticas, promoviendo respuestas inflamatorias que favorecen la progresión de la esteatosis a estadios más avanzados como la esteatohepatitis, la fibrosis hepática e incluso el carcinoma hepatocelular. Así, el eje intestino-hígado representa un circuito bidireccional de señalización donde la microbiota intestinal, mediante sus metabolitos y componentes estructurales, modula directamente la inflamación hepática y contribuye al desarrollo y progresión de diversas hepatopatías crónicas.

Figura N° 2. Relación entre la flora intestinal y la progresión hepática desde hepatitis hasta carcinoma hepatocelular.



Fuente: *The intestinal flora plays a role in the progression of hepatitis-cirrhosis-liver cancer* (Liu, S., & Yang, X, 2023).

Resistencia a la insulina (RI)

La insulina es una hormona pleiotrópica que ejerce una multitud de efectos sobre el metabolismo de lípidos y proteínas, transporte de iones, aminoácidos, ciclo celular, proliferación, diferenciación y síntesis de óxido nítrico (Mancusi et al., 2020)

En humanos con resistencia a la insulina, uno de los primeros defectos observables es la disfunción de las células β pancreáticas. Cuando el páncreas ya no puede compensar con una mayor producción de insulina, se genera un compromiso significativo en la homeostasis de la glucosa, caracterizado por hiperglucemia e intolerancia a la glucosa. A nivel molecular, la RI se manifiesta por una alteración en la capacidad de la insulina para estimular el transporte de

glucosa en células musculares y adiposas, debido a un fallo en los sistemas de transporte intracelular de glucosa en estos tejidos. Además, una característica distintiva de la RI es la incapacidad para suprimir adecuadamente la producción hepática de glucosa, atribuida en gran parte a un aumento sostenido de la gluconeogénesis. Como resultado, entre las principales consecuencias metabólicas asociadas se encuentra la hiperglucemia (Freeman & Pennings, 2022), lo cual se resume en la figura N° 3.

Figura N° 3. Alteraciones metabólicas relacionadas de la RI

Alteraciones metabólicas	
1.	Hiperglicemia
2.	Hipertensión
3.	Dislipidemia
4.	Adiposidad visceral
5.	Marcadores inflamatorios elevados
6.	Disfunción endotelial
7.	Estado protrombótico

Fuente: *Insulin resistance: the hinge between hypertension and type 2 diabetes (Mancusi et al., 2020).*

2.2.4. Herramientas diagnósticas: el rol del médico.

Diagnóstico Histológico

Para el diagnóstico histológico de la enfermedad por hígado graso no alcohólico (EHGNA), es necesario evidenciar la presencia de grasa en más del 5 % de los hepatocitos, habiendo descartado previamente otras causas de esteatosis secundaria. En el caso de la esteatohepatitis no alcohólica (EHNA), además de la acumulación de grasa, se requiere la identificación de daño hepatocitario caracterizado por balonización, cuerpos apoptóticos y necrosis lítica, junto con inflamación lobulillar, típicamente localizada en la zona 3 del acino hepático.

Para la evaluación del grado de inflamación y de fibrosis hepática, se utilizan diversos sistemas de clasificación histológica. Entre los más empleados se encuentran el **NASH Clinical Research Network (NASH-CRN)**, ampliamente usado en investigaciones terapéuticas (ver Tabla N.º 1A), y el **score SAF**, un sistema

europeo que valora de forma diferenciada la esteatosis, la actividad inflamatoria y la fibrosis (Bédossa et al., 2012, p. 1753).

Tabla 1a. Clasificación de la actividad de la EHGNA por el sistema NASH-CRN (NASH Activity Score, NAS)

Esteatosis (%)	Inflamación lobulillar	Balonización
0: <5	0: No	0: No
1: 5-32	1: < 2 <i>foci</i>	1: Leve
2: 33-66	2: 2-4 <i>foci</i>	2: Abundante
3: > 66	3: >4 <i>foci</i>	

Fuente: *Recomendaciones para la detección, diagnóstico y seguimiento de los pacientes con enfermedad por hígado graso no alcohólico en atención primaria y hospitalaria (Grupo de trabajo de la AEEH, 2019).*

La **evaluación del grado de fibrosis** constituye el principal indicador pronóstico en pacientes con enfermedad por hígado graso no alcohólico (EHGNA). Los sistemas de clasificación histológica disponibles se emplean principalmente para determinar la **intensidad o actividad de la enfermedad**, pero no para establecer el diagnóstico de esteatohepatitis no alcohólica (EHNA), el cual debe sustentarse en la presencia conjunta de **esteatosis, daño hepatocitario e inflamación lobulillar** (ver Tabla 1B).

El estudio histológico de una **biopsia hepática** en un paciente con EHGNA permite obtener dos tipos de información complementaria: por un lado, el **índice de actividad de NASH** (*NASH activity score*), que asigna un valor numérico de 0 a 8 para cuantificar la severidad del daño (ver Tabla 1A), y por otro, el **grado de fibrosis hepática**, que refleja la progresión estructural de la enfermedad (ver Tabla 1B).

Tabla 1b. Estadio de la fibrosis hepática según la clasificación CRN Fibrosis Stagin.

Estadio	Grado de fibrosis

0	Sin fibrosis
1a	Fibrosis perisinusoidal (zona 3) leve
1b	Fibrosis perisinusoidal (zona 3) moderada
1c	Fibrosis periportal/portal exclusivamente
2	Fibrosis zona 3 + periportal /portal
3	Puentes de fibrosis
4	Cirrosis

Fuente: Grupo de trabajo de la AEEH (2019).

Diagnóstico no invasivo

a) Datos clínicos:

Para el diagnóstico hay que tener en cuenta determinados factores se asocian a un incremento de dos a tres veces el riesgo de tener o desarrollar EHGNA los cuales son fundamentales para el diagnóstico y el pronóstico de la enfermedad:

- Obesidad, presentando un IMC >30 kg/m) Especialmente de distribución abdominal con un perímetro de cintura superior a 102 cm en varones y superior a 88cm en mujeres.
- Diabetes mellitus tipo 2 y glucemia alterada en ayunas.
- Otros factores asociados al síndrome metabólico como hipertensión arterial, hipertrigliceridemia, disminución del colesterol HDL
- Sobrecarga férrica dismetabólica (ferritina 500-1500 ml/l, saturación de transferrina <40-50%, hierro intrahepático >150 mmol/g).
- Determinados polimorfismo genéticos (PNPLA3-1148M, TM6SF2-E167K).
- Otros de menor nivel de asociación como: síndrome de ovario poliquístico, diabetes mellitus tipo 1, hipotiroidismo primario, síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño, hipopituitarismo anterior, hipogonadismo, resección pancreática duodenal.

b) Métodos serológicos e índices:

Los métodos indirectos constituyen una herramienta inicial para la estimación del grado de esteatosis, combinando parámetros antropométricos y bioquímicos.

Entre ellos, el más evaluado es el **Fatty Liver Index (FLI)**, el cual integra el perímetro abdominal, el índice de masa corporal (IMC), los niveles plasmáticos de triglicéridos y la gamma-glutamilttransferasa (GGT). Un valor de FLI ≥ 60 se asocia con una alta probabilidad de enfermedad por hígado graso no alcohólico (EHGNA), mientras que un valor < 30 permite descartar el diagnóstico (Bedogni et al., 2006).

En segundo lugar, hay que destacar que las transaminasas tiene una correlación muy pobre con la intensidad y el riesgo de progresión de la enfermedad si se toma de manera aislada (el 70% de pacientes con transaminasas elevadas no tienen fibrosis significativa y el 30% de pacientes con fibrosis avanzada tienen transaminasas normales) (Graffigna et al., 2017). Sin embargo, cuando se combinan con otros datos clínicos y analíticos en forma de índices de puntuación, estas enzimas resultan más útiles. Si bien dichos índices no son imprescindibles para diagnosticar la enfermedad (ya que tienen limitaciones para detectar esteatosis o inflamación), sí permiten estimar de manera más confiable el grado de fibrosis.

El **SteatoTest** constituye una herramienta diagnóstica no invasiva que combina parámetros bioquímicos y clínicos. Incluye las seis variables del FibroTest-ActiTest — α 2-macroglobulina, haptoglobina, apolipoproteína A1, gamma-glutamilttransferasa (GGT), bilirrubina total y alanina aminotransferasa (TGP)—, a las que se añaden el índice de masa corporal (IMC), colesterol total, triglicéridos y glucemia, ajustados según sexo y edad. Un valor de **0,3** presenta una sensibilidad $\geq 85\%$ para el diagnóstico de hígado graso, mientras que un valor de **0,7** alcanza una especificidad cercana al 80%. Este método ha sido validado frente a la biopsia hepática en una cohorte de 494 pacientes con obesidad severa. (Poynard et al., 2005)

El **NAFLD Liver Fat Score (NLFS)** se compone de cinco variables: síndrome metabólico, diabetes mellitus tipo 2, insulina en ayunas, alanina aminotransferasa (ALT/TGP) y la relación aspartato aminotransferasa/alanina aminotransferasa (AST/ALT o TGO/TGP). Un valor de $-0,640$ predice un aumento en el contenido de grasa hepática con una sensibilidad del 86% y una especificidad del 71% (Kotronen et al., 2009).

Por su parte, el **Lipid Accumulation Product (LAP)** considera la circunferencia de cintura, los triglicéridos y el sexo del paciente. En este modelo, cada incremento en una unidad del puntaje se asocia a un riesgo de 4,28 (IC 95%: 3,2–5,5) de presentar esteatosis severa diagnosticada por ecografía (Bedogni et al., 2010).

Finalmente, el **Hepatic Steatosis Index (HSI)** constituye un modelo no invasivo que integra parámetros clínicos y bioquímicos de uso rutinario. Utiliza la relación AST/ALT (como marcador de daño hepático) y el índice de masa corporal (IMC, reflejo de adiposidad general). Además, el sexo femenino y la presencia de diabetes mellitus tipo 2 actúan como factores de ajuste, al incrementar el riesgo de esteatosis. La fórmula se expresa de la siguiente manera:

$$\text{HSI} = 8 \times (\text{AST/ALT}) + \text{IMC} (+2 \text{ si mujer; } +2 \text{ si diabetes tipo 2}).$$

En cuanto a su interpretación, un valor **<30 descarta la presencia de esteatosis hepática**, un valor **>36 la confirma con alta especificidad**, y valores comprendidos entre **30 y 36 corresponden a una zona indeterminada**, que requiere la aplicación de otros métodos diagnósticos (Fennoun et al., 2020).

c) Pruebas de imagen:

En pacientes con sospecha de enfermedad hepática, se recomienda realizar al menos una técnica de imagen —habitualmente la ecografía abdominal— con el objetivo de descartar la presencia de lesiones hepáticas focales y evaluar signos indirectos de cirrosis e hipertensión portal (European Association for the Study of the Liver [EASL], 2016).

La **ecografía abdominal** es la modalidad de elección para la evaluación cualitativa de la esteatosis hepática debido a su **bajo costo y amplia disponibilidad**.

Existen sistemas de graduación que permiten clasificar la esteatosis en **leve, moderada o grave**, de acuerdo con el grado de **ecogenicidad hepática** y la visualización de las estructuras intrahepáticas. Sin embargo, su **sensibilidad es limitada**: solo detecta con fiabilidad la infiltración grasa **moderada a grave**, cuando la afectación supera aproximadamente el **20–30% de los hepatocitos**; en

consecuencia, los casos leves pueden pasar inadvertidos y una ecografía negativa no descarta el diagnóstico.

Por otra parte, la resonancia magnética nuclear (RMN) y la tomografía computarizada (TC) pueden aportar información adicional sobre la presencia y extensión de esteatosis, así como de cirrosis. Sin embargo, no han desplazado a la ecografía como la técnica inicial de evaluación en pacientes con sospecha de alteración en el hígado, la vía biliar o enfermedades parenquimatosas, debido a su mayor costo y por lo tanto menor accesibilidad en comparación con la ecografía (Sahuquillo Martínez et al., 2020).

La tomografía computarizada (TC) constituye una alternativa diagnóstica eficaz por su rapidez y su elevada capacidad para valorar la morfología hepática en enfermedades focales y difusas, además de permitir la evaluación de las relaciones anatómicas con estructuras adyacentes. Los avances tecnológicos (como la tomografía multidetector y las técnicas de doble energía) y la amplia disponibilidad de estos equipos han optimizado la caracterización hepática y la planificación diagnóstica. Por su parte, la resonancia magnética ofrece un excelente contraste de tejidos blandos, múltiples secuencias que facilitan la caracterización de las enfermedades hepáticas y la ventaja de no utilizar radiación ionizante, lo que la convierte en una herramienta diagnóstica superior a la tomografía computarizada. (Pulgarín Ricardo et al., 2010)

2.2.5. Manejo de MASLD

El estudio científico en este campo ha crecido de manera exponencial en la última década. Por ello, es necesario un esfuerzo continuado para proporcionar recomendaciones de tratamiento actualizadas y dirigidas a distintos profesionales sanitarios que atienden a pacientes afectados de EHGNA/ MASLD.

El manejo de la EHGNA debe consistir en el tratamiento de la enfermedad hepática, así como de las comorbilidades metabólicas asociadas, como la obesidad, la hiperlipidemia, la RI y la diabetes mellitus tipo 2. Dado que los pacientes con EHGNA sin esteatohepatitis, ni fibrosis tienen un pronóstico hepático excelente, los tratamientos farmacológicos dirigidos principalmente a mejorar la enfermedad hepática deben limitarse, por lo general, a aquellos con EHGNA y fibrosis comprobadas mediante biopsia (Chalasan et al., 2018). Por lo tanto, se refuerza la necesidad de un enfoque multidisciplinario, en el que la colaboración entre

médicos y nutricionistas resulte fundamental para lograr un tratamiento integral, eficaz y centrado en el paciente.

2.2.6. Manejo multidisciplinario

El tratamiento del paciente con enfermedad por hígado graso no alcohólico (EHGNA) debe contemplar un abordaje integral en unidades multidisciplinarias. Según Estes et al. (2018), esto representa un reto creciente para los sistemas de salud, debido al aumento exponencial en la incidencia de la enfermedad y a las múltiples comorbilidades asociadas. La EHGNA abarca un amplio espectro de estadios clínicos, con pronósticos claramente diferenciados. Dado que las principales causas de mortalidad en estos pacientes son la enfermedad cardiovascular y el cáncer extrahepático, resulta fundamental implementar estrategias orientadas al diagnóstico temprano, la prevención y el tratamiento de estas comorbilidades.

A medida que la enfermedad progresa hacia fases más avanzadas, como la cirrosis compensada o descompensada, el abordaje clínico se vuelve cada vez más complejo. Esta dificultad responde, en gran medida, a la coexistencia de múltiples comorbilidades, tales como la nefropatía orgánica —de origen diabético o hipertensivo—, así como diversas cardiopatías, que complican tanto la evaluación como el tratamiento del paciente (Musso et al., 2012).

En el año 2019, se elaboró un consenso por parte del grupo de trabajo de enfermedad por hígado graso no alcohólico (EHGNA) de la Societat Catalana de Digestologia (SCD), conformado por profesionales de diversas especialidades como digestología, medicina interna, endocrinología, medicina familiar y comunitaria. El objetivo fue establecer recomendaciones claras sobre la conformación de unidades multidisciplinarias para el abordaje integral de la EHGNA. Entre los miembros propuestos para integrar estas unidades se destacan:

- **Hepatólogo/a**, encargado del diagnóstico y seguimiento de la enfermedad hepática, así como del cribado de comorbilidades asociadas y la indicación de tratamientos específicos cuando estén disponibles.

- **Médico/a de Atención Primaria**, con el rol de detectar EHGNA en poblaciones de riesgo (como personas con obesidad o diabetes tipo 2), optimizar el tratamiento de comorbilidades y realizar seguimiento para la detección precoz de fibrosis significativa, además de identificar factores de riesgo de progresión en pacientes ya diagnosticados.
- **Médico/a de Medicina Interna**, que también participa en la detección de casos en poblaciones de riesgo y colabora en el seguimiento y tratamiento o derivación según corresponda.
- **Endocrinólogo/a**, cuyo rol se centra en optimizar el manejo de diabetes, dislipemia y obesidad de difícil control.
- **Enfermera/o de Hepatología**, responsable de realizar elastografía hepática y seguimiento en estadios avanzados de la enfermedad.
- **Enfermera/o de Atención Primaria**, encargado del tratamiento basado en cambios del estilo de vida, educación para pacientes con diabetes u obesidad y seguimiento de casos sin fibrosis significativa.
- **Dietista-nutricionista o enfermera/o nutricionista**, que trabaja sobre el cambio de hábitos mediante dietas específicas y planes de actividad física, especialmente en pacientes hospitalarios con fibrosis avanzada.
- **Enfermera/o de Endocrinología**, cuyo enfoque es el control de comorbilidades metabólicas, particularmente en casos de diabetes recientemente diagnosticada o de difícil manejo, en el ámbito hospitalario.
- **Consultor/a en Cirugía General**, para la evaluación e indicación de cirugía bariátrica o metabólica cuando corresponda.

- **Consultor/a en Cardiología**, quien interviene en el tratamiento y seguimiento de la enfermedad cardiovascular cuando esté indicada.

Estas recomendaciones refuerzan la necesidad de un enfoque coordinado, basado en el trabajo interdisciplinario, para garantizar un abordaje eficiente de la EHGNA en todos sus estadios y complejidades (Caballeria et al., 2019)

2.2.7. Estrategias terapéuticas

Las estrategias terapéuticas para el manejo de la enfermedad por hígado graso no alcohólico (EHGNA) incluyen diversos abordajes, que se describen a continuación:

1. La pérdida de peso mediante una dieta hipocalórica y la práctica regular de actividad física representa la estrategia terapéutica más eficaz para el manejo de la enfermedad hepática grasa no alcohólica (EHGNA). Se ha evidenciado que una reducción del peso corporal de al menos un 7 % contribuye a disminuir la inflamación hepática, mientras que una pérdida superior al 10 % puede también mejorar el grado de fibrosis hepática (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, s. f.)

Diversas modalidades dietéticas han sido evaluadas en el tratamiento de la EHGNA y, en todos los casos, se observa que el principal factor común es la restricción calórica. Algunas guías de práctica clínica recomiendan reducir aproximadamente un 25 % de la ingesta energética habitual del paciente como estrategia para favorecer la mejoría del daño hepático (Brea et al., 2017).

2. Se presenta una herramienta de tamizaje aún en proceso de validación, cuyo propósito es ofrecer a los profesionales de la nutrición un método de tamizaje sustentado en variables con respaldo científico, destinado a estimar el riesgo de desarrollar enfermedad por hígado graso no alcohólico (EHGNA). La propuesta está orientada a su utilización en el consultorio nutricional, mediante la aplicación de parámetros de fácil acceso obtenidos durante la anamnesis en la entrevista clínica. Asimismo, incorpora la posibilidad de

incluir pruebas bioquímicas complementarias, consideradas opcionales ante la posible limitación de recursos en determinados entornos de atención.

Según Tapia Abonza y Martínez Vázquez (2020), la evaluación global del riesgo se establece considerando la cantidad de parámetros presentes (ver figura N° 4): riesgo bajo con menos de dos, riesgo moderado con dos a tres, riesgo elevado con cuatro a cinco y riesgo muy elevado con seis o más.

- Riesgo bajo: <2
- Riesgo moderado: 2 - 3
- Riesgo elevado: 4 -5
- Riesgo muy elevado: ≥ 6

Figura N° 4. Herramienta de tamizaje para el consultorio nutricional

Parámetro	Presenta	No presenta
Edad >50 años		
IMC >30 kg/m ²		
No realiza actividad física		
Diabetes		
Circunferencia de cintura >80 Mujeres >90 Hombres		
Patrón dietético alto en azúcares añadidos		
Patrón dietético alto en grasas saturadas		
Grasa visceral incrementada		
Hipertensión arterial		
Metabólico (opcional)	Presenta	No presenta
Resistencia a la insulina		
Triglicéridos >150 mg/dL		
HDL < 40 mg/dL en hombres HDL < 50 mg/dL en mujeres		

Fuente: *La importancia del diagnóstico temprano de la enfermedad por hígado graso no alcohólico (EHGNA) (Tapia Abonza & Martínez Vázquez, 2020).*

De acuerdo con el resultado de la evaluación global se recomiendan las siguientes acciones.

- **Bajo riesgo:** se recomendará mantener el estilo de vida actual.
- **Riesgo moderado:** se propondrá la corrección de los factores identificados mediante intervenciones en la alimentación y la actividad física.

- **Riesgo elevado:** además de las recomendaciones del punto 2, se buscará de manera intencionada el diagnóstico de hígado graso a través de las pruebas disponibles.
- **Riesgo muy elevado:** además de las recomendaciones del punto 2, el paciente será referido de forma inmediata al médico para su valoración correspondiente.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Tipo y diseño de la investigación

Este estudio se basa en un diseño observacional, de corte transversal, dado que la recolección de los datos se llevó a cabo en un único momento, sin realizar un seguimiento longitudinal de los participantes. Asimismo, se trata de un estudio de alcance descriptivo, ya que su objetivo principal fue analizar las prácticas clínicas actuales implementadas por médicos y nutricionistas, así como explorar las percepciones en torno al rol del profesional en nutrición en el abordaje de la patología.

Población y muestra

Población

Está limitada a una sola institución de salud, la “Hospital Artemide zatti”, la cual pertenece al ámbito público y está ubicada en la ciudad de Viedma, Río Negro.

Unidad de análisis

Conformada por profesionales que integran el servicio de clínica médica y servicio de nutrición.

Muestra

De acuerdo a los criterios establecidos de inclusión y exclusión, la muestra final estuvo integrada por 14 (catorce) profesionales de la salud, compuesta por 9 (nueve) médicos/as y 5 (cinco) nutricionistas. Entre los médicos participantes se destacan especialidades como Medicina Clínica, Neumonología, Terapia Intensiva, Gastroenterología y Neurología, lo que permitió obtener una visión heterogénea y representativa de las distintas áreas de atención del hospital.

Esta diversidad profesional permitió identificar coincidencias y divergencias en las percepciones sobre el manejo interdisciplinario de la MASLD, aportando información valiosa para el análisis de las prácticas actuales y la identificación de posibles áreas de mejora dentro del abordaje integral de esta patología.

Para la selección de la muestra, se incluyeron profesionales que desempeñan su labor dentro del Hospital Zatti, específicamente médicos/as y nutricionistas que participen activamente en la toma de decisiones dentro del equipo interdisciplinario. Además, se consideró como criterio de inclusión la participación voluntaria, manifestada mediante la firma del consentimiento informado, y la disposición para completar la totalidad de la encuesta propuesta.

Por otro lado, se excluyeron del estudio aquellos profesionales, médicos/as y nutricionistas que no pertenecieran al Hospital Zatti, durante el período de recolección de datos. También se excluyeron quienes no pudieran participar activamente por razones laborales o personales, y aquellos que no completaran la encuesta o las entrevistas correspondientes. Finalmente, se excluyeron los profesionales que no otorgaran su consentimiento informado o presentaran condiciones de salud (físicas o cognitivas) que dificultan su participación efectiva en el estudio.

Técnica de recolección de datos

Para responder a los objetivos planteados se empleó como técnica de recolección de datos la implementación de dos encuestas autoadministradas (ver Anexo I): una dirigida a médicos/as y otra a nutricionistas. Cada instrumento fue diseñado de acuerdo con las particularidades del rol profesional correspondiente, por lo que las encuestas presentaron contenidos diferenciados. Ambas constaron de 13 preguntas estandarizadas, mayormente de tipo cerradas, e incluyen una pregunta abierta destinada a ampliar la información obtenida y aportar valor cualitativo cuando resultara pertinente.

Las preguntas fueron diseñadas con el objetivo de recabar información específica proporcionada por los profesionales que integran el abordaje interdisciplinario de pacientes con enfermedad hepática metabólica asociada (MASLD, por sus siglas en inglés), específicamente médicos/as y nutricionistas. Asimismo, se contempló la posibilidad de que los participantes expresaran su opinión personal en ciertas preguntas, permitiendo así incorporar percepciones,

experiencias y conocimientos individuales vinculados a su práctica profesional en el área.

Dadas las herramientas que ofrece el avance tecnológico, se optó por la utilización de la plataforma *Google Forms* para la confección de las encuestas, debido a su facilidad de uso, accesibilidad y eficacia. Esta modalidad permitió desarrollar un instrumento en formato digital, lo cual facilitó el acceso desde diversos dispositivos con conexión a internet (computadoras, tabletas o teléfonos móviles), optimizando así los tiempos de procesamiento de la información y asegurando el cumplimiento de los principios éticos y de confidencialidad requeridos en este tipo de estudios.

Desde el punto de vista metodológico, la modalidad en línea presentó ventajas sustanciales, como la reducción de barreras geográficas y logísticas, lo que aumentó la viabilidad del trabajo de campo en el contexto actual. Además, el formato digital del cuestionario permitió la sistematización y cuantificación de los datos recolectados mediante la exportación automática a planillas de cálculo, facilitando la elaboración de gráficos y el análisis estadístico de los resultados.

En términos de factibilidad económica, la utilización de *Google Forms* resultó conveniente, ya que es una herramienta gratuita que permite la creación, distribución y recolección de encuestas de manera eficiente, disminuyendo considerablemente los costos operativos asociados al relevamiento de datos. La plataforma también posibilitó la visualización inmediata de los resultados en forma de gráficos y porcentajes, lo cual contribuyó a una primera aproximación diagnóstica del comportamiento de las respuestas.

Para llevar a cabo la difusión del instrumento, se envió un correo electrónico a los jefes de los respectivos servicios de medicina y nutrición del Hospital Zatti. En dicho correo se explicó el objetivo del estudio, la finalidad de la recolección de datos y se compartió el enlace a la encuesta, solicitando su difusión entre los profesionales correspondientes. Asimismo, se destacó que la participación sería anónima, voluntaria y confidencial, asegurando que los datos recopilados serían

utilizados únicamente con fines investigativos y respetando las normativas éticas vigentes.

Análisis de la información

En el presente estudio, la articulación interdisciplinaria fue operacionalizada a partir de tres dimensiones analíticas:

1. **Derivación entre profesionales**, entendida como el proceso mediante el cual el médico deriva al paciente al servicio de nutrición.
2. **Percepción del rol del nutricionista**, evaluada mediante la valoración que los profesionales asignan a la intervención nutricional en el tratamiento de la MASLD.
3. **Valoración del trabajo interdisciplinario**, analizada a partir del grado de importancia atribuido por los profesionales a la colaboración entre disciplinas en el abordaje de la enfermedad.

Estas dimensiones fueron exploradas mediante preguntas estructuradas incluidas en el instrumento de recolección de datos dirigido a médicos y nutricionistas del Hospital Artémides Zatti.

Consideraciones éticas

Este estudio se basó en el análisis de datos derivados de intervenciones médicas y nutricionales ya realizadas, sin llevar a cabo ningún tipo de intervención ni modificación deliberada de variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos. No se trabajó con pacientes ni se recolectaron datos sensibles identificables. La investigación se centró en el análisis de formas de trabajo interdisciplinario entre profesionales del área de salud, garantizando en todo momento la confidencialidad y el anonimato de los participantes.

El protocolo de investigación fue aprobado por las autoridades académicas de la Universidad Nacional de Río Negro y por el Comité de Docencia e Investigación del Hospital Artémides Zatti de la ciudad de Viedma.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

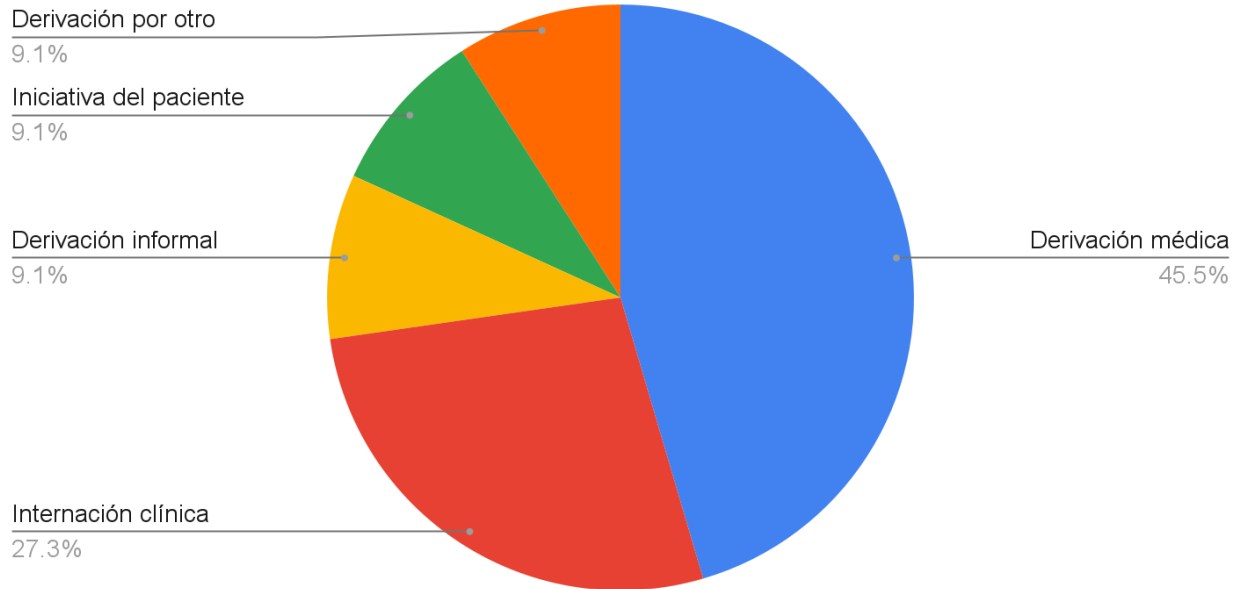
En el presente capítulo, se detallan los resultados obtenidos de la encuesta realizada a los profesionales, de los cuales surgen las respuestas a los objetivos planteados en el trabajo.

Resultados correspondientes a nutricionistas

La primera pregunta de la encuesta indagó en los ámbitos en los cuales los nutricionistas suelen recibir a los pacientes con diagnóstico de MASLD. Esta pregunta permitió la selección múltiple, por lo que el análisis se basó en las **frecuencias de menciones** registradas. En total se contabilizaron 11 (once) menciones.

Al examinar las respuestas, la opción más frecuente fue la derivación médica directa, con 5 menciones, lo que equivale al 45,5% del total. En segundo lugar se identificó la internación clínica, con 3 menciones (27,3%). Otras modalidades de ingreso menos frecuentes fueron la derivación informal o verbal (1 mención; 9,1%), el acceso por iniciativa propia del paciente (1 mención; 9,1%) y la derivación por otra patología que conduce igualmente al abordaje del MASLD en la consulta (1 mención; 9,1%).

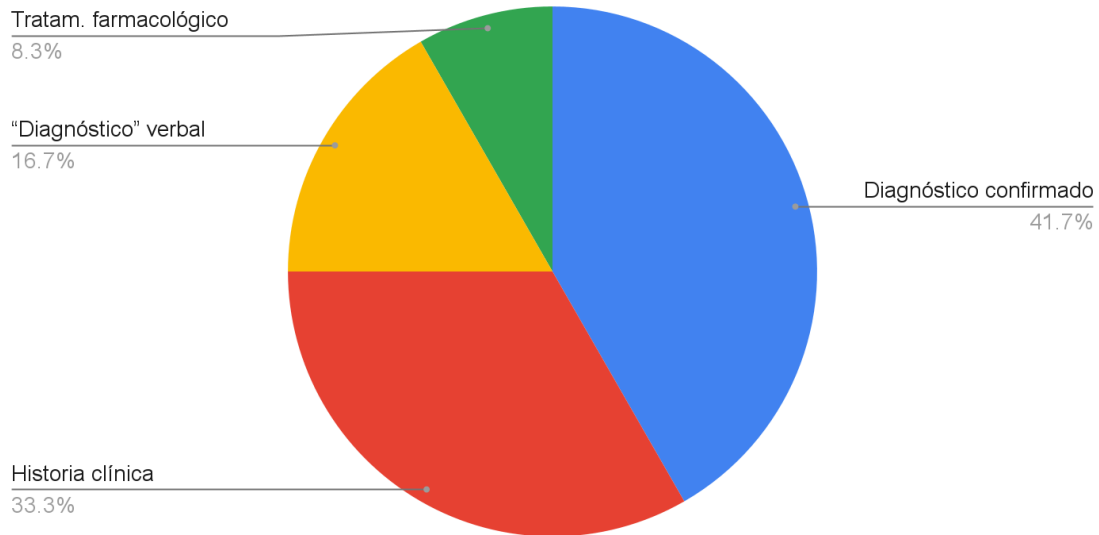
Gráfico N° 1. Contextos de recepción de pacientes con MASLD por parte de nutricionistas.



La segunda pregunta exploró qué tipo de información acompaña habitualmente la derivación o consulta de un paciente con diagnóstico de MASLD. Al igual que en la pregunta anterior, los profesionales podían seleccionar más de una opción.

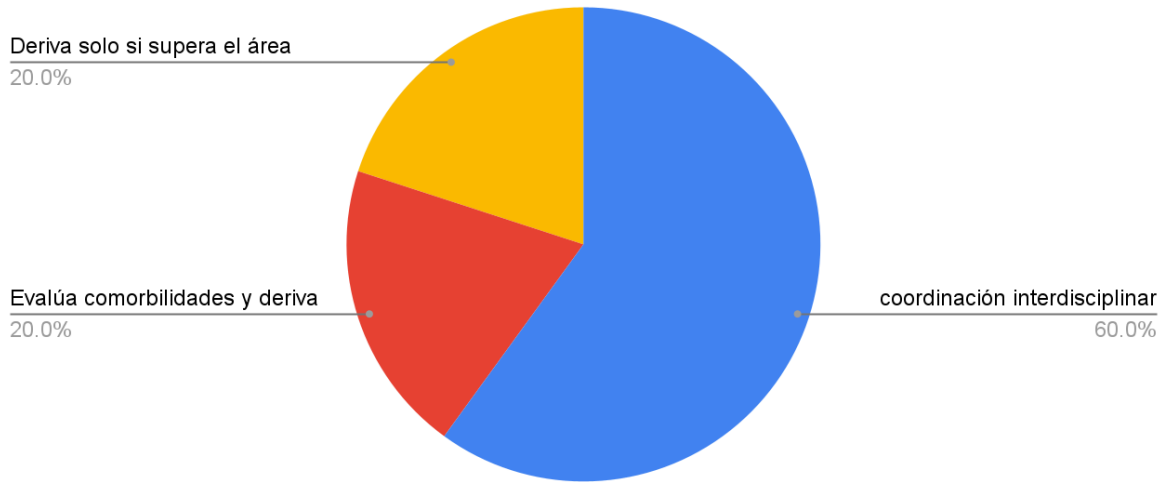
La información que acompañó con mayor frecuencia la derivación se observa en el gráfico N° 2. En primer lugar fue el diagnóstico confirmado por estudios bioquímicos o por imagen con un 41,7% de las menciones, seguido de la historia clínica u hoja de derivación médica con un 33,3%. A su vez, vías menos formales, como el relato verbal del paciente respecto de su diagnóstico y pacientes que ya se encuentran bajo tratamiento farmacológico fueron menos frecuentes, representando el 16,7% y 8,3%, respectivamente.

Gráfico N° 2. Tipo de información que acompaña la consulta de pacientes con MASLD



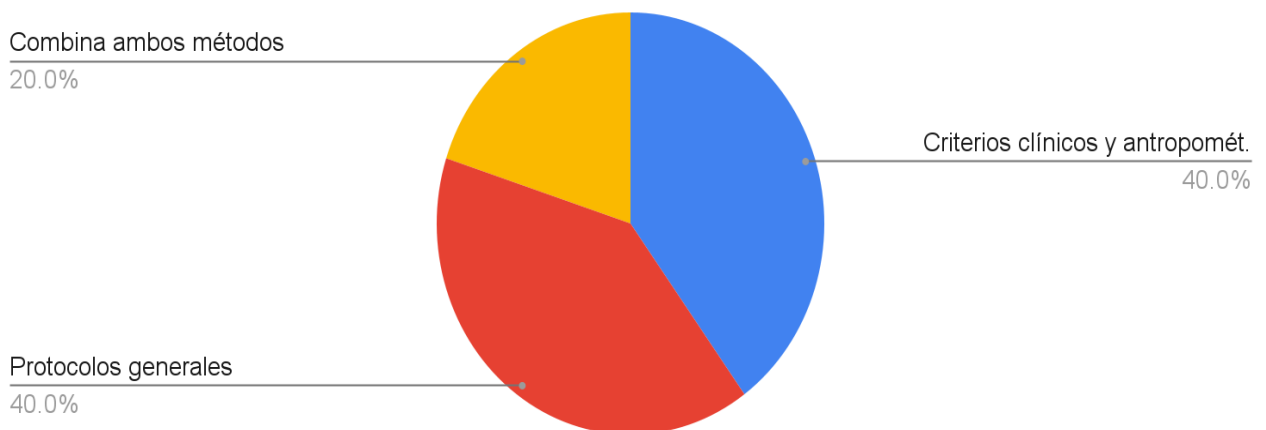
Los resultados del Gráfico N° 3 muestran una marcada inclinación hacia el abordaje interdisciplinario: el 60% de los encuestados indicó que coordina activamente con otros profesionales, posicionándose como la modalidad predominante. En menor medida, el 20% manifestó que evalúa otras comorbilidades del síndrome metabólico y deriva solo cuando lo considera necesario, mientras que el 20% restante optó por derivar únicamente cuando los hallazgos exceden su área de intervención.

Gráfico N° 3. Abordaje integral e interdisciplinario del síndrome metabólico en pacientes con diagnóstico de MASLD según nutricionistas encuestados.



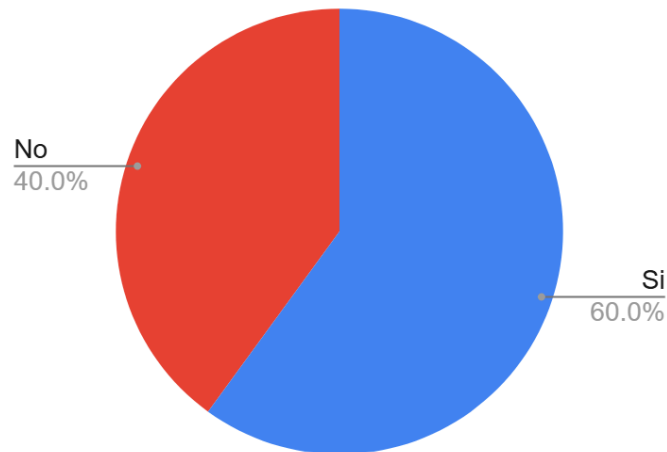
La siguiente pregunta buscó conocer qué tipo de diagnóstico nutricional aplican los profesionales al trabajar con pacientes con MASLD. Los resultados mostraron dos tendencias principales: el 40% señaló que utilizan criterios clínicos y antropométricos específicos, mientras que el otro 40% indicó que emplean protocolos generales para enfermedades metabólicas adaptados. Finalmente, el 20% eligió ambas alternativas, combinando criterios específicos con herramientas generales.

Gráfico N° 4. Diagnóstico nutricional específico en pacientes con MASLD según nutricionistas encuestados.



En el gráfico N° 5, surge la respuesta a los profesionales respecto a su participación dentro de equipos interdisciplinarios formales. El 60% indicó que si y el 40% que no.

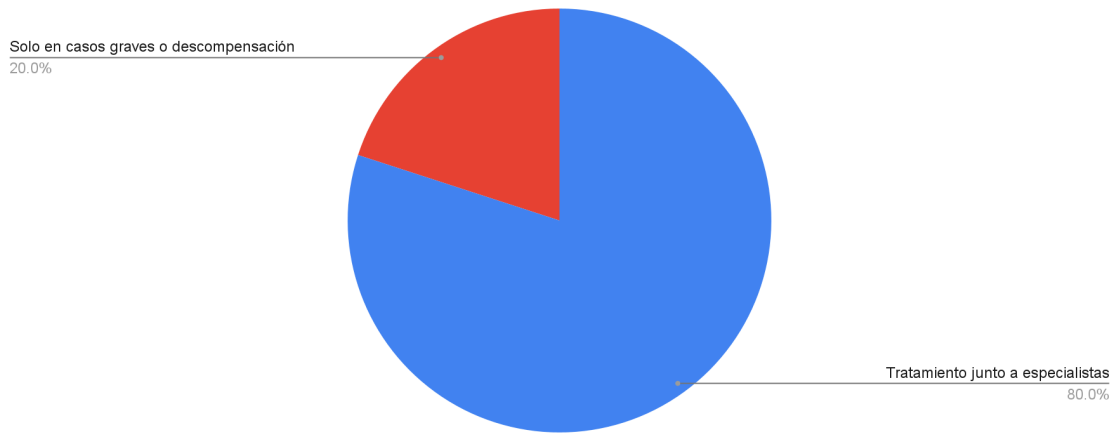
Gráfico N°5. Participación en equipos interdisciplinarios



En esta pregunta se consultó a los profesionales acerca de la existencia de un protocolo institucional estandarizado que oriente el abordaje conjunto entre el médico y el/la nutricionista. El 100% de los profesionales encuestados manifestó que no existe un protocolo formal en su institución, independientemente de la patología atendida.

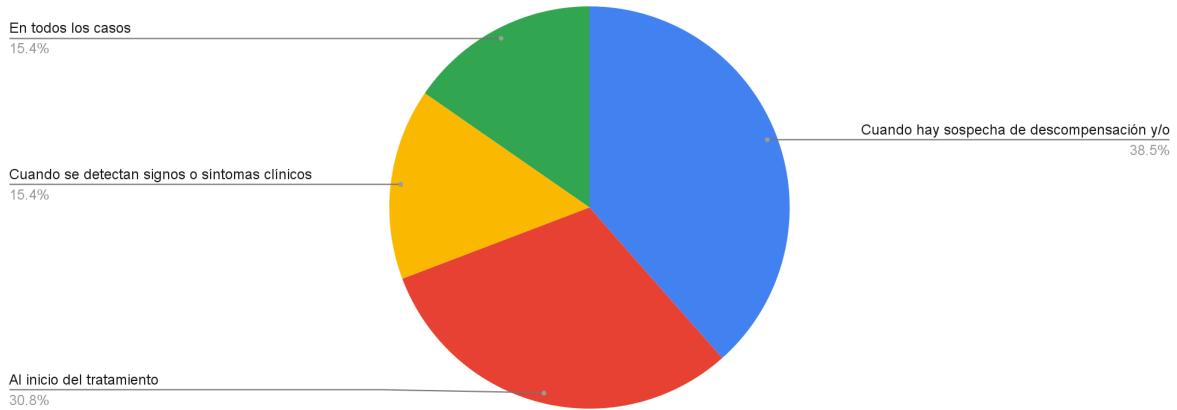
En el gráfico N°6 se observa la respuesta al interrogante respecto a la coordinación junto a médicos especialista frente al tratamiento de pacientes con MASLD y comorbilidades asociadas. El 80% de los profesionales afirmó realizar dicha coordinación de manera habitual, mientras que el 20 % mencionó coordinar únicamente en casos graves o de descompensación del paciente.

Gráfico N° 6. Coordinación del tratamiento con médico especialistas



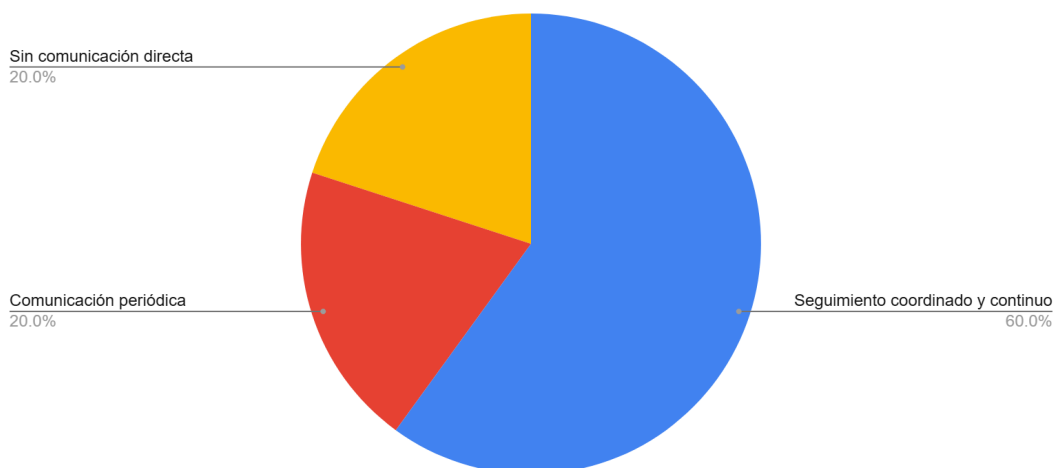
La siguiente pregunta exploraba las situaciones en las que los nutricionistas **consideran necesaria** la derivación o interconsulta médica durante la atención de pacientes con MASLD. Dado que se trataba de una pregunta con selección múltiple, el análisis se realizó según la frecuencia de menciones por opción (no por número de personas). Los 5 profesionales realizaron un total de 13 selecciones. Las opciones más seleccionadas fueron cuando hay sospecha de descompensación y/o complicaciones con un 38,5% y la derivación al inicio del tratamiento como parte del abordaje interdisciplinario con un 30,8% de las menciones. Las restantes alternativas mostraron menor representación relativa, tal como se observa en el gráfico N° 5. En menor frecuencia se observa las respuestas en todos los casos y cuando hay signos y síntomas, en ambas un 15,4%.

Gráfico N° 7. Situaciones en las que considera necesaria la derivación o interconsulta médica en el tratamiento nutricional de MASLD.



El gráfico N.º 8 presenta la distribución de las modalidades de comunicación entre nutricionistas y médicos durante el seguimiento de pacientes compartidos o derivados. El 60% de los encuestados informó mantener un seguimiento coordinado y continuo entre ambos profesionales. En contraste, un 20% refirió comunicarse únicamente de manera periódica mediante reuniones, informes o interconsultas, mientras que el 20% restante declaró no mantener comunicación directa, dado que los pacientes continúan su seguimiento médico de forma independiente.

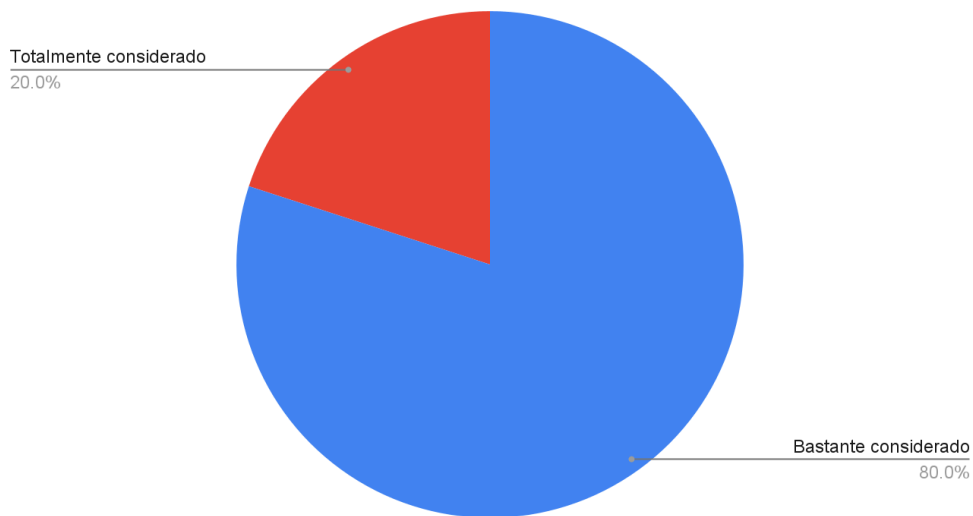
Gráfico N° 8. Modalidades de comunicación entre nutricionistas y médicos



En el gráfico N.º 9 se visualiza la percepción de los nutricionistas respecto a cuánto se sienten considerados por el equipo médico como parte fundamental del

abordaje interdisciplinario en MASLD. El 80% de los encuestados calificó su nivel de consideración como “bastante considerado/a”, mientras que el 20% restante seleccionó la opción “totalmente considerado/a”.

Gráfico N.º 9 Percepción de los nutricionistas sobre su consideración por el equipo médico en el abordaje de la MASLD.



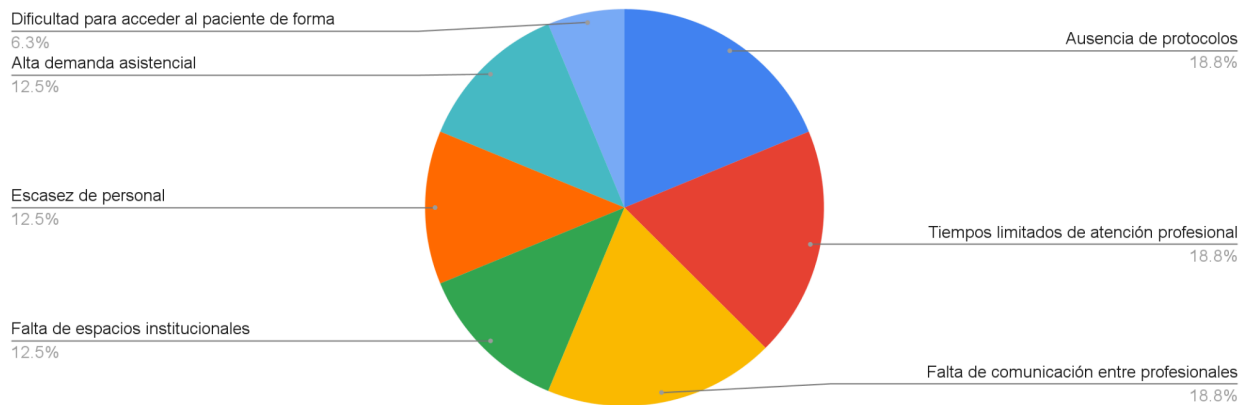
En el gráfico N° 10 se presentan los factores que los nutricionistas identificaron como obstáculos para el trabajo interdisciplinario. Dado que la consigna permitía seleccionar más de una opción, el análisis se realizó en función de la frecuencia total de menciones, contabilizando un total de 16 respuestas entre los cinco encuestados.

Los resultados muestran que los tres factores más mencionados comparten el mismo porcentaje con el 18,75%, lo que ubica a la ausencia de protocolos clínicos interdisciplinarios o guías compartidas, la falta de comunicación entre profesionales y los tiempos limitados de atención profesional como las principales barreras percibidas.

En segundo lugar, con el 12,5 %, se ubicaron tres respuestas: la escasez de personal especializado, la alta demanda asistencial que dificulta el trabajo conjunto, y la falta de espacios institucionales para reuniones o planificación conjunta.

Por último, con un 6,25 %, se menciona la dificultad para acceder al paciente de forma coordinada, lo que indica que, aunque está presente, es percibido como un obstáculo de menor impacto en comparación con los demás.

Gráfico N° 10. Factores que dificultan el trabajo interdisciplinario en el tratamiento de pacientes con MASLD.



A partir de una pregunta abierta, se les solicitó que describieran su experiencia respecto a la colaboración con médicos en el tratamiento de pacientes con MASLD.

Las respuestas indican, de manera general, una experiencia satisfactoria en la colaboración con médicos. Los nutricionistas destacan una buena predisposición del equipo médico, comunicación fluida y trabajo conjunto orientado a mejorar el abordaje interdisciplinario.

En contraste, algunos mencionan dificultades puntuales, como la falta de derivación oportuna por parte de ciertos médicos, que brindan pautas alimentarias por su cuenta, y problemas de accesibilidad a especialistas en determinadas ocasiones.

En conjunto, la percepción global es positiva, con reconocimiento del valor del trabajo articulado, aunque con aspectos que aún podrían fortalecerse.

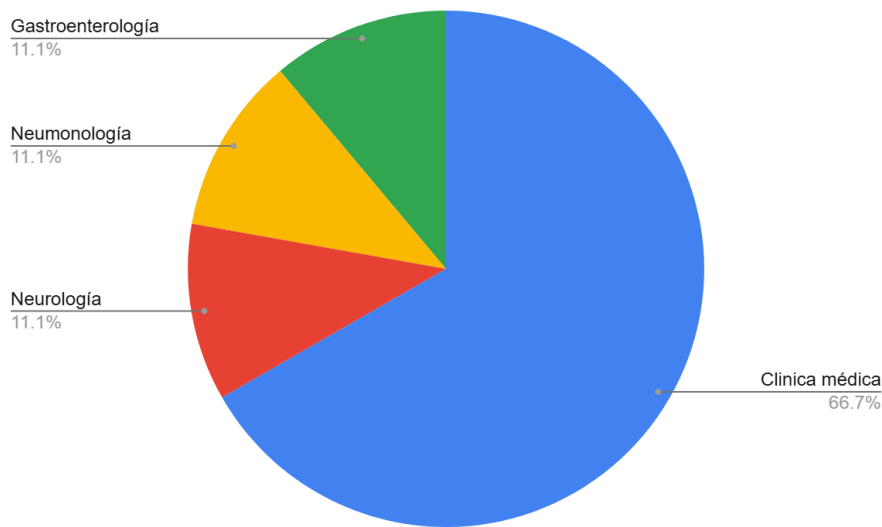
Resultados correspondientes a médicos

Con el propósito de contrastar los resultados obtenidos en la encuesta aplicada a los nutricionistas, se elaboró un segundo instrumento destinado a los

médicos del Hospital Zatti. Esta instancia tuvo como finalidad conocer la percepción médica sobre el abordaje de la Esteatosis Hepática Asociada a Disfunción Metabólica (MASLD) y analizar las coincidencias y divergencias en relación con la práctica profesional de los nutricionistas.

En el gráfico N° 11 se observa la distribución de los roles que desempeñan los profesionales del equipo médico del Hospital Zatti. La mayoría pertenece al área de Clínica Médica, que concentra el 66,7% de los casos, lo que evidencia su participación predominante en el abordaje de pacientes con MASLD. Las especialidades de Neurología, Neumonología y Gastroenterología representan cada una el 11,1%, mostrando una presencia minoritaria pero complementaria dentro del equipo interdisciplinario.

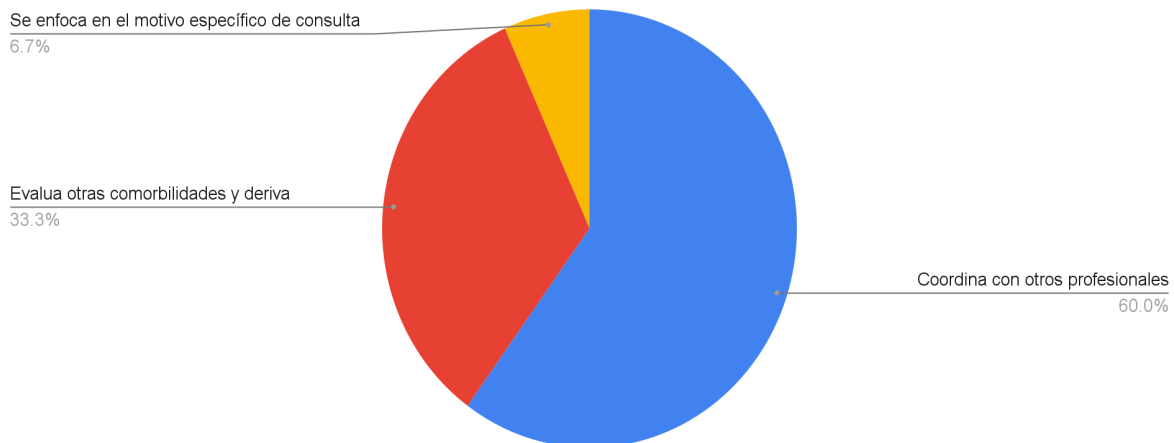
Gráfico N° 11. Especialidades dentro del equipo médico



La siguiente pregunta estuvo orientada a identificar si los profesionales incorporan la evaluación de MASLD dentro de su práctica habitual al abordar pacientes con riesgo metabólico. La totalidad de los profesionales encuestados (100%) indicó que en todos los casos, la herramienta principal mencionada fue la solicitud de estudios hepáticos de rutina, incluyendo perfil hepático y ecografía abdominal, como parte del protocolo clínico estándar en pacientes con síndrome metabólico.

El Gráfico N° 12 muestra las respuestas vinculadas a si los profesionales consideran otros aspectos del síndrome metabólico y coordinan la atención con otros profesionales al abordar a un paciente con diagnóstico de MASLD. Dado que la pregunta permitía seleccionar múltiples opciones, el análisis se basó en la frecuencia de menciones, acumulando un total de 15 registros. Esto permitió identificar el predominio de enfoques colaborativos dentro del equipo médico. Los resultados muestran un patrón claro: el 60% de las selecciones correspondió a quienes coordinan activamente con otros profesionales, mientras que un 33,3% de las menciones indicó que los encuestados evalúan otras comorbilidades y derivan cuando es necesario. Finalmente, solo un 6,7% de las menciones reflejó que el profesional se enfoca exclusivamente en el motivo específico de consulta, lo que representa la postura menos frecuente dentro del equipo médico.

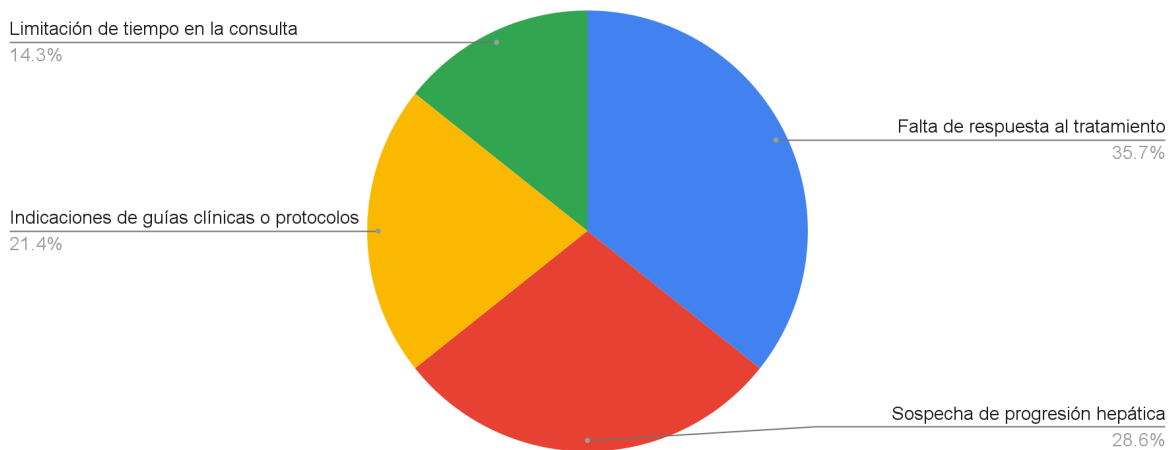
Gráfico N° 12. Abordaje médico en pacientes con MASLD



La pregunta destinada a identificar los factores que influyen en la decisión de derivar a un paciente con MASLD a otros especialistas, al igual que la anterior respuesta, fue con opción múltiple. Por ello, el análisis se realizó a partir de la frecuencia de selección de cada categoría, en lugar de contabilizar únicamente el número de participantes. En total se registraron catorce (14) menciones, correspondientes a las opciones elegidas por los nueve profesionales encuestados, lo que permitió dimensionar el peso relativo de cada motivo de derivación.

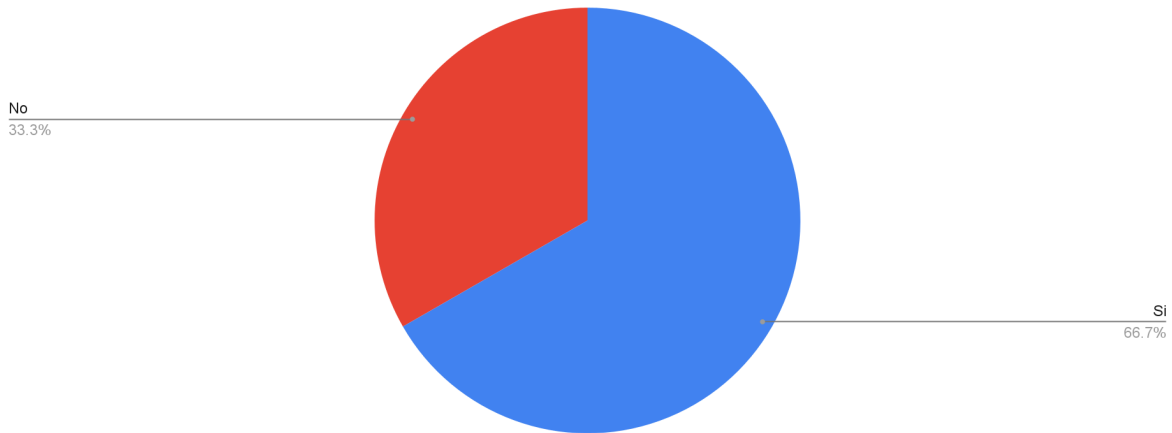
Tal como se presenta en el gráfico N° 13, el factor referido con mayor frecuencia fue la falta de respuesta al tratamiento dentro de su especialidad, con un 35,7% del total de menciones. Le siguió la sospecha de progresión hepática, que representó el 28,6%. En tercer lugar se ubicaron las indicaciones de guías clínicas o protocolos institucionales, con un 21,4%. Finalmente, la limitación de tiempo en la consulta constituyó el motivo menos señalado por los encuestados, con un 14,3% de las selecciones.

Gráfico N° 13. Factores que influyen en la derivación de pacientes con MASLD.



El gráfico N° 14 refleja la respuesta orientada a conocer si los profesionales forman parte de un equipo interdisciplinario formal tales como consultorios conjuntos o reuniones clínicas periódicas. El 66,7% del equipo médico indicó que sí, mientras que un 33,3% que no.

Gráfico N° 14. Participación en equipos interdisciplinarios formales

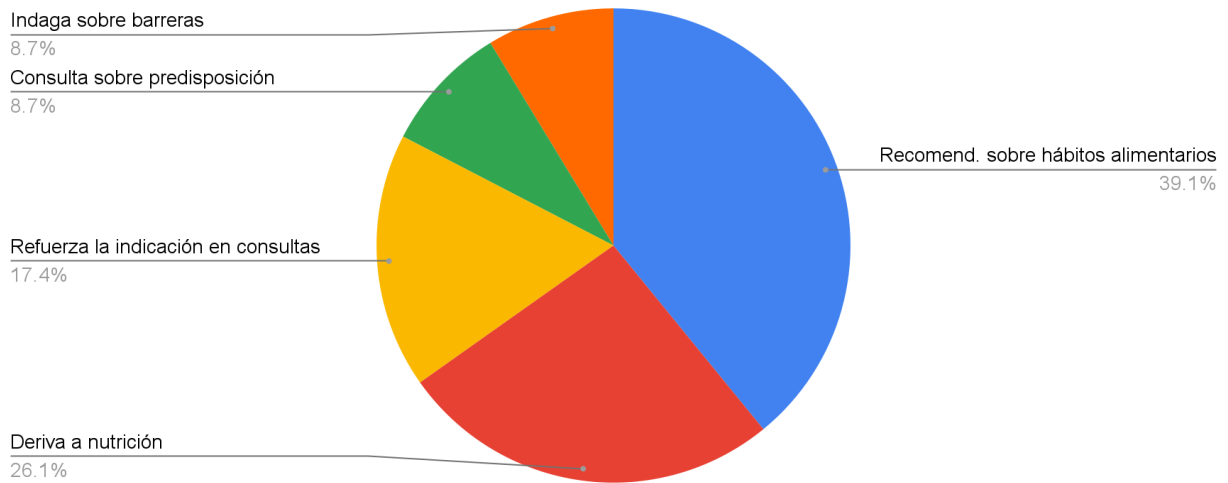


La siguiente respuesta brindada por los encuestados fue respecto a la existencia de un protocolo estandarizado que guíe el abordaje conjunto entre el médico y el/la nutricionista para la atención de pacientes (de cualquier patología de abordaje en conjunto), el 100% de las respuestas fueron negativas. En consecuencia, no se registraron experiencias concretas de protocolos estandarizados aplicados a pacientes con MASLD ni a otras patologías

La pregunta orientada a identificar cómo los profesionales abordan los aspectos nutricionales en las consultas relacionadas con MASLD permitió seleccionar múltiples opciones, por lo que el análisis se realizó sobre un total de 23 menciones. Los resultados reflejados en el Gráfico N° 15 muestran que la práctica más habitual consiste en ofrecer recomendaciones generales vinculadas a la alimentación, lo que representa el 39,1% de las respuestas, luego se ubica la derivación del paciente al especialista en nutrición, que alcanza 26,1% del total.

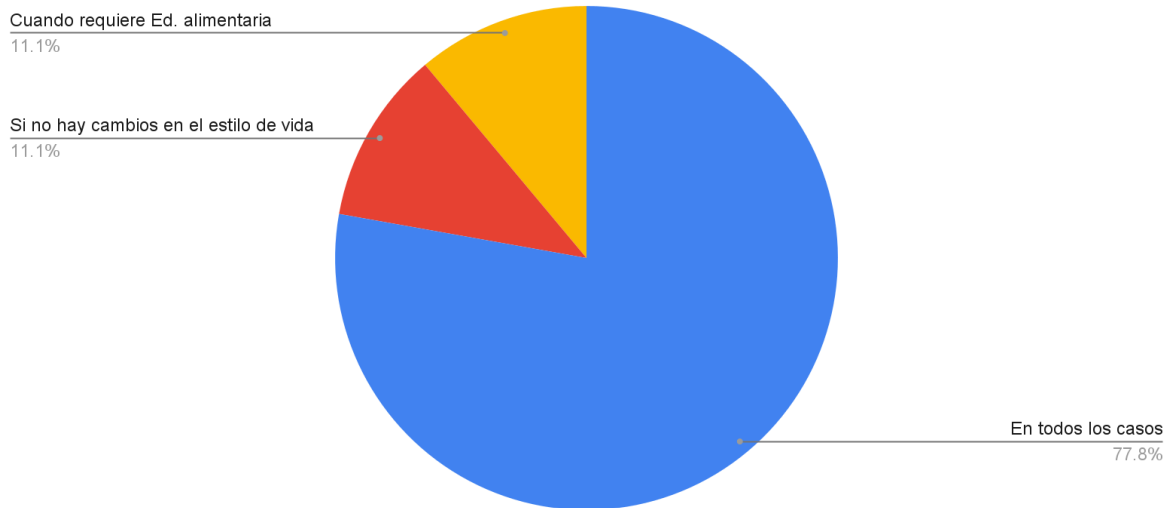
En tercer lugar se encuentra la reiteración de las recomendaciones en consultas posteriores ante la falta de adherencia inicial, con un 17,4% y finalmente, las acciones menos frecuentes fueron aquellas orientadas a explorar las dificultades que podrían limitar la consulta con nutrición y la indagación sobre la predisposición del paciente a recibir acompañamiento nutricional, ambas con 8,7%.

Gráfico N° 15. Abordaje de los aspectos nutricionales en la consulta



En el Gráfico N° 16 se presentan las respuestas de los profesionales médicos respecto a las situaciones en las que consideran necesario el acompañamiento nutricional en pacientes con MASLD. La gran mayoría, representada por un 77,8%, indicó que dicho acompañamiento debería estar presente en todos los casos, sin distinción del grado de enfermedad o la presencia de comorbilidades. En menor proporción, un 11,1% señaló que la intervención nutricional es especialmente relevante cuando el paciente no presenta comorbilidades pero requiere educación alimentaria, mientras que otro 11,1% consideró que resulta necesaria en situaciones donde no se evidencian cambios sostenidos en el estilo de vida a lo largo del tiempo (alimentación, actividad física y otros hábitos).

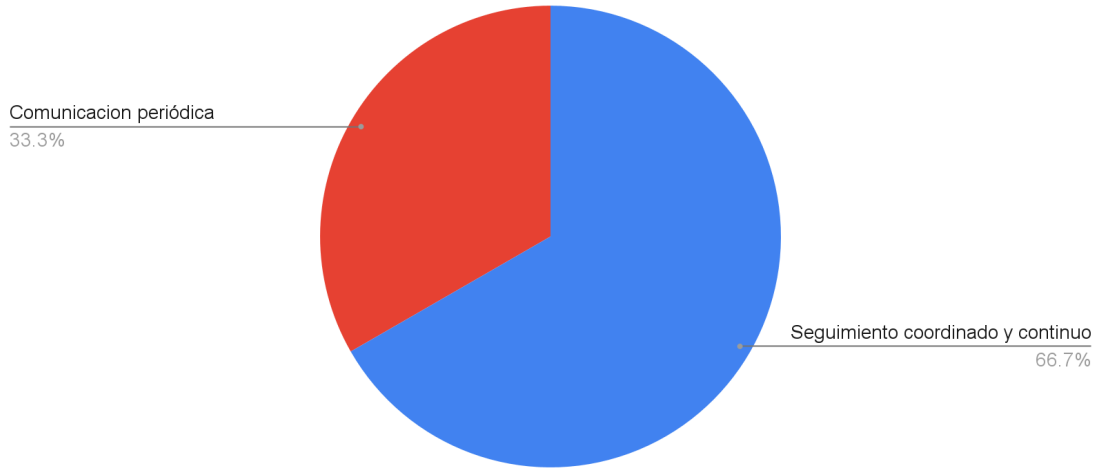
Gráfico N° 16. Situación en la que se considera necesario el acompañamiento nutricional



En el gráfico N° 17 se presentan los resultados correspondientes a la pregunta sobre la existencia de comunicación directa con nutricionistas en el seguimiento de pacientes compartidos y/o derivados. Del total de nueve profesionales encuestados, la mayoría señaló que sí mantienen un seguimiento coordinado y continuo entre ambos equipos de trabajo, lo que representa el 66,7% de las respuestas.

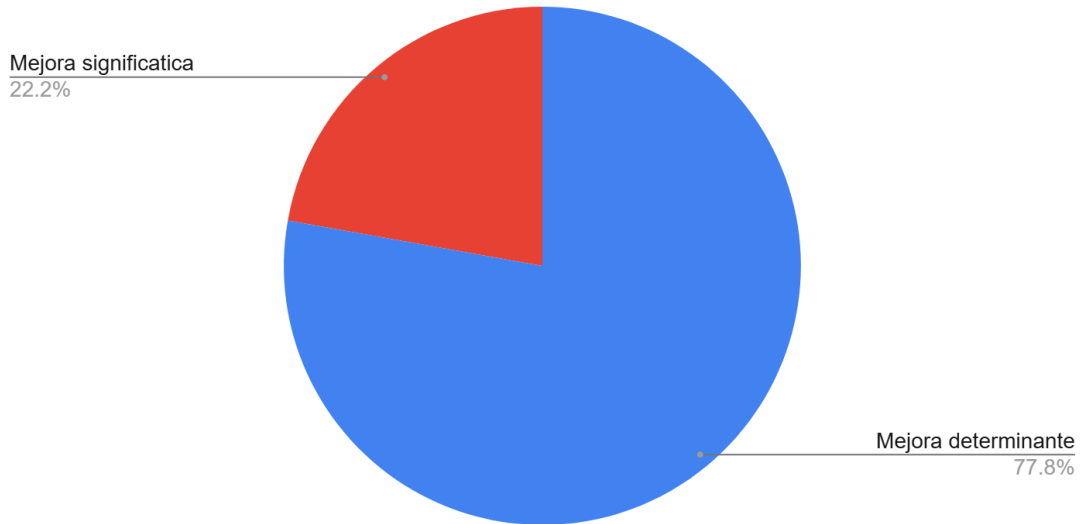
Un grupo menor, equivalente al 33,3%, indicó que la comunicación se establece sólo de forma periódica mediante reuniones, informes o interconsultas.

Gráfico N° 17. Comunicación con nutricionistas en el seguimiento de pacientes compartidos.



En el gráfico N° 18 se presentan los resultados correspondientes a la valoración del equipo médico respecto al impacto del trabajo conjunto con nutricionistas en la mejora de los resultados clínicos en MASLD. La mayoría de los profesionales, equivalente al 77,8%, consideró que la articulación con el área de nutrición constituye un aporte fundamental y determinante para la evolución clínica de estos pacientes. En tanto, el 22,2% evaluó que dicha colaboración produce una mejora significativa en los resultados obtenidos.

Gráfico N° 18 Percepción del impacto del trabajo conjunto con nutricionistas en los resultados clínicos de MASLD.

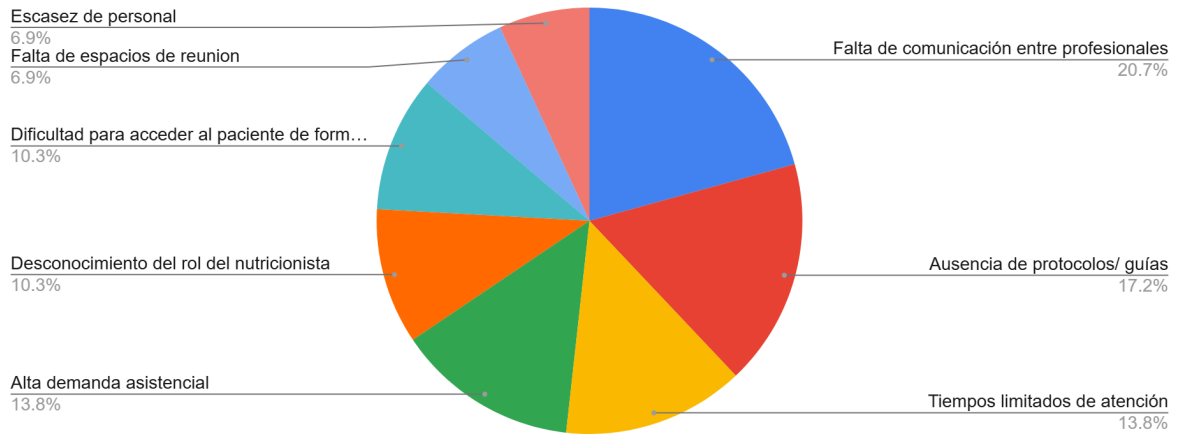


En el gráfico N°19 se presentan los factores que los profesionales identificaron como obstáculos para el trabajo interdisciplinario en el tratamiento de pacientes con MASLD. El análisis se realizó en función de la frecuencia de menciones, considerando un total de 29 menciones acumuladas por los nueve encuestados. Los resultados son los siguientes:

La principal barrera señalada fue la falta de comunicación entre profesionales con un 20,7% de las menciones, seguido por la ausencia de protocolos clínicos interdisciplinarios o guías compartidas con 17,2%. En tercer lugar mencionaron a tiempos limitados de atención profesional y además la alta demanda asistencial que impide el trabajo conjunto, cada una representa un 13,8% de las menciones. Luego se posicionan el desconocimiento del rol del nutricionista por parte del equipo médico y la dificultad para acceder al paciente de forma coordinada (turnos, derivaciones, continuidad) ambas compartiendo el valor de 10,3%

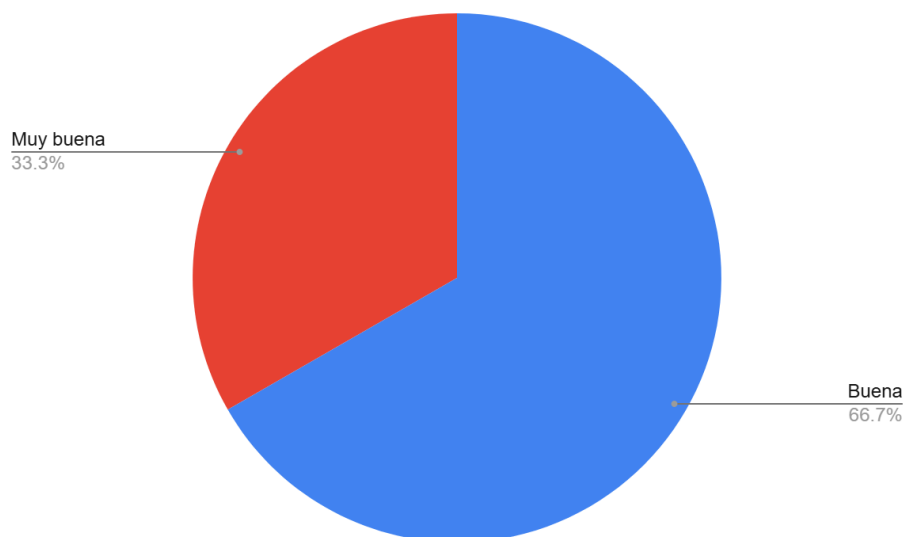
Finalmente, la falta de espacios institucionales para reuniones o planificación conjunta, junto con la escasez de personal en algunas especialidades (ej. nutrición, hepatología, endocrinología) representan un 6,9%.

Gráfico N° 19. Factores que dificultan el trabajo interdisciplinario en el tratamiento de pacientes con MASLD.



A partir de una pregunta abierta, se solicitó a los profesionales que describieran su experiencia respecto a la colaboración con nutricionistas en el tratamiento de pacientes con MASLD. En el gráfico N° 20 se presentan las valoraciones obtenidas. Del análisis cualitativo y su posterior categorización emergieron dos apreciaciones: el 66,7% de las respuestas se correspondió con una percepción “Buena”, mientras que el 33,3% reflejó una valoración “Muy buena”.

Gráfico N° 20. Valoración de la colaboración con nutricionistas en el manejo de pacientes con MASLD.



Las respuestas se abordan, en primer lugar, a las de mayor frecuencia en aquellas preguntas de opción múltiple, dado que estas reflejan las tendencias predominantes dentro de cada grupo profesional. Por su parte, en las preguntas con una única opción de respuesta, se comparó respuestas entre médicos y nutricionistas, lo que permitió contrastar las miradas disciplinares y poner en evidencia coincidencias y discrepancias en relación con el abordaje interdisciplinario de la MASLD.

En la encuesta dirigida a profesionales nutricionistas se indaga acerca del tipo de información que habitualmente acompaña la derivación o consulta de pacientes con diagnóstico de MASLD. Cabe destacar que esta pregunta admitía más de una opción de respuesta, por lo que los resultados reflejan la frecuencia de selección de cada categoría y no porcentajes excluyentes. Sin embargo, al momento del recuento y análisis de los datos se observó que el 100% de los nutricionistas encuestados manifestaron recibir un diagnóstico confirmado, ya sea a través de estudios bioquímicos y/o mediante métodos de diagnóstico por imágenes.

Por otro lado, en el caso del equipo médico, la pregunta tuvo como objetivo determinar si los profesionales incorporan de manera sistemática la evaluación de MASLD dentro de su práctica clínica al abordar pacientes con riesgo metabólico. Los resultados muestran que el 100% de los participantes indicó que, en todos los casos, la herramienta de evaluación inicial consiste en la solicitud de estudios hepáticos de rutina, dentro de los cuales se menciona el perfil hepático y la ecografía abdominal.

Este patrón de respuestas evidencia que el equipo médico-nutricional opera con criterios clínicos homogéneos, lo que favorece un proceso diagnóstico más oportuno y una derivación adecuada entre disciplinas.

Otro aspecto comparado fue si, al atender a un paciente con diagnóstico de MASLD, los profesionales consideran otros componentes del síndrome metabólico con el fin de coordinar una intervención más integral junto a otros miembros del equipo de salud. En el caso de los nutricionistas, los resultados muestran una clara inclinación hacia el abordaje interdisciplinario: el 60% de los encuestados indicó que

coordina activamente con otros profesionales, posicionándose como la modalidad predominante. En el grupo médico, al analizar la distribución por participantes, se observa que el 77,8% del total de médicos seleccionaron esta alternativa.

La pregunta destinada a identificar los factores que determinan la derivación de pacientes con MASLD hacia otros especialistas permitió analizar la distribución de respuestas en función del tamaño muestral de cada grupo profesional.

Al considerar la proporción de profesionales que seleccionaron cada opción en relación con el total de encuestados de su grupo, se observan patrones consistentes entre médicos y nutricionistas. En el caso del equipo médico, la respuesta más votada representa el 55,6% del total, el cual indica que la falta de respuesta al tratamiento dentro de su especialidad constituye el principal motivo de derivación. Por otro lado, entre los nutricionistas, la respuesta más votada señaló a la sospecha de descompensación y/o la presencia de complicaciones es el motivo predominante para derivar, lo que representa el 60% del total.

La pregunta orientada a identificar si los profesionales forman parte de un equipo interdisciplinario formal (incluyendo consultorios conjuntos, reuniones clínicas periódicas u otras instancias institucionalizadas de trabajo colaborativo) permitió observar distintos niveles de integración entre médicos y nutricionistas.

En el caso del equipo médico, el 66,7% indicó que sí, mientras que el 33,3% manifestó no formar parte de estos espacios. Por su parte, entre los nutricionistas, el 60% señaló que sí integra equipos interdisciplinarios formalizados dentro de la institución y el 40% que no.

Estos resultados muestran que, si bien existe una participación mayoritaria en estructuras interdisciplinarias formales, aún persisten diferencias entre los grupos profesionales que podrían influir en la continuidad y la consolidación del abordaje integral del paciente con MASLD.

En relación con la consulta destinada a evaluar la existencia de comunicación directa entre los profesionales involucrados en el manejo de pacientes con MASLD, se observaron tendencias similares entre ambos grupos. Entre los nutricionistas, el

60% informó que mantiene una comunicación directa con el médico a cargo, lo que permite un seguimiento coordinado y continuo del paciente compartido.

De manera coincidente, entre los médicos encuestados, el 66,7% señaló que sí mantienen comunicación directa con el nutricionista, favoreciendo igualmente un seguimiento interdisciplinario sostenido en los casos compartidos o derivados.

La pregunta referida a la existencia de un protocolo estandarizado que guíe el abordaje conjunto entre el profesional médico nutricional para la atención de pacientes, se observó que el 100% de los profesionales de ambas disciplinas indicó la inexistencia de dicho instrumento en la institución. Este hallazgo pone de manifiesto una ausencia de lineamientos formales que estructuren el trabajo interdisciplinario, lo cual podría incidir en la heterogeneidad de las prácticas asistenciales y en el grado de articulación efectiva entre los distintos actores del equipo de salud.

Al comparar las percepciones del equipo médico respecto al acompañamiento nutricional en pacientes con MASLD, el resultado más destacado fue que el 77,8% de los profesionales consideró que la intervención del nutricionista debe estar presente en todos los casos, independientemente del grado de severidad de la enfermedad o la presencia de comorbilidades. Este hallazgo constituye el criterio predominante dentro del grupo. Mientras que en el grupo de nutricionistas, el 80% indicó el aspecto más relevante corresponde a la coordinación interdisciplinaria frente al tratamiento de pacientes con MASLD y comorbilidades asociadas: que realiza este trabajo conjunto de manera habitual, lo que pone de manifiesto una práctica consolidada de articulación profesional. Solo un 20% señaló que la coordinación se limita a casos de mayor gravedad o descompensación.

En conjunto, los dos hallazgos centrales muestran una tendencia coincidente: ambos grupos valoran y priorizan la integración entre disciplinas, ya sea mediante el acompañamiento nutricional sistemático (médicos) o mediante la coordinación regular con otros especialistas (nutricionistas). Estos elementos representan los puntos clave del abordaje clínico interdisciplinario en el manejo de MASLD.

En relación con los factores que dificultan el trabajo interdisciplinario en el tratamiento de pacientes con MASLD para el análisis de las frecuencias y porcentajes, se tomó como referencia el total de profesionales encuestados en cada grupo. En el caso del equipo médico, los cálculos se realizaron sobre nueve participantes; por ello, las opciones seleccionadas por cinco o más profesionales representan más de la mitad del grupo ($\geq 55,6\%$). De manera equivalente, entre los nutricionistas, los porcentajes se estimaron sobre un total de cinco encuestados, de modo que las respuestas elegidas por tres o más profesionales constituyen más del 50% del total ($\geq 60\%$). Este criterio permitió identificar cuáles barreras fueron consideradas prioritarias por cada colectivo en relación con las dificultades para el trabajo interdisciplinario en el abordaje de MASLD.

Los resultados evidenciaron patrones similares entre ambos grupos profesionales. Entre los nutricionistas, tres de los cinco encuestados seleccionaron como principales barreras la falta de comunicación entre profesionales, los tiempos limitados de atención y la ausencia de protocolos clínicos interdisciplinarios o guías compartidas, lo que representa el 60% de este colectivo.

En el caso de los médicos, la dificultad señalada con mayor frecuencia fue la falta de comunicación entre profesionales, mencionada por seis de los nueve participantes (66,7%). Asimismo, cinco de ellos indicaron como obstáculo la ausencia de protocolos clínicos o guías compartidas, equivalente al 55,6%. De este modo, se observa que tanto nutricionistas como médicos identifican de manera predominante barreras vinculadas a la comunicación interprofesional y a la falta de lineamientos institucionales que orienten el trabajo conjunto.

Tabla N° 1. Comparación de resultados

Aspectos evaluados	Nutricionistas (n = 5)	Médicos (n = 9)
Información que acompaña la derivación o consulta	Mayor frecuencia: <i>diagnóstico confirmado por estudios bioquímicos o por imagen</i> , representando el 41,7% de las menciones. Todos los nutricionistas (100%) reciben pacientes con esta información.	La mayoría de los pacientes son evaluados inicialmente mediante la solicitud de <i>estudios hepáticos de rutina</i> , incluyendo perfil hepático y ecografía abdominal, utilizados en el 100% de los casos.
Considera otros aspectos del síndrome metabólico y coordina activamente con otros profesionales	60%	77.8%
Motivo principal de derivación	Sospecha de descompensación y/o presencia de complicaciones con 60%.	Falta de respuesta al tratamiento dentro de su especialidad con 55,6%
Participación dentro de equipos interdisciplinarios	El 60% si. El 40% no.	El 66.7% si. El 33.3% no.

Existencia de protocolo estandarizado para abordaje médico nutricional.	No existe protocolo, con 100% de las respuestas.	No existe protocolo, con 100% de las respuestas.
Comunicación médico nutricional	El 60% mantiene una comunicación directa con el médico.	El 66,7% señaló que mantienen comunicación directa con el nutricionista.
Grado de integración entre ambos equipos en la atención del paciente con MASLD	El 80% coordina el tratamiento con médicos especialistas.	El 77,8% considera que el acompañamiento nutricional debe estar presente en todos los casos de MASLD.
Factores que considera que dificultan el trabajo interdisciplinario	Falta de comunicación entre profesionales: 60% Ausencia de protocolos clínicos interdisciplinarios o guías compartidas: 60%. Tiempos limitados de atención profesional: 60%	Falta de comunicación entre profesionales 66,7% Ausencia de protocolos clínicos interdisciplinarios o guías compartidas 55,6%

Nota. Elaboración propia a partir de los datos del estudio (2025).

La evaluación del funcionamiento interdisciplinario entre médicos y nutricionistas muestra resultados altamente coincidentes en términos de reconocimiento profesional y valoración del aporte del otro en el manejo de MASLD.

Estas dos preguntas, aunque formuladas desde perspectivas diferentes, convergen conceptualmente: Los nutricionistas evalúan cuánto se sienten reconocidos por los médicos, y los médicos evalúan cuánto consideran determinante el aporte nutricional, lo que permite observar una coherencia entre percepción y valoración, y un fuerte consenso respecto a la importancia de la integración entre ambas disciplinas para el manejo de MASLD.

En el caso de los nutricionistas, se exploró el grado en que se sienten considerados por el equipo médico como parte fundamental del abordaje. El 80% de los nutricionistas calificó su nivel de consideración como “bastante considerado/a”, mientras que el 20% restante seleccionó la opción “totalmente considerado/a”. Por su parte, a los médicos se les solicitó valorar el impacto del trabajo conjunto con nutricionistas en la evolución clínica de pacientes con MASLD. El 77,8% calificó esta articulación como un aporte fundamental, mientras que el 22,2% indicó que la participación del nutricionista refleja una mejora significativa de los resultados clínicos. No se registraron respuestas en las categorías de menor impacto, lo que evidencia una percepción unánimemente positiva acerca del valor de la colaboración interdisciplinaria.

Tabla N° 2. Percepciones cruzadas sobre el valor del trabajo interdisciplinario en MASLD

Grupo profesional	aspecto evaluado	Respuesta predominante	Porcentaje (%)
Nutricionistas (n=5)	Grado en que se sienten considerados por el equipo médico	“Bastante considerado/a”	80%
		“Totalmente considerado/a”	20%
Médicos (n= 9)	Impacto del trabajo del nutricionista en los resultados clínicos	“Aporte fundamental o determinante”	77,8%
		“Mejora significativa”	22,2%

Nota. Elaboración propia a partir de los datos del estudio (2025).

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

5.1 Articulación interdisciplinaria y evidencia internacional

Los resultados del presente estudio evidencian la existencia de coincidencias conceptuales entre profesionales médicos y nutricionistas respecto del abordaje de la enfermedad esteatótica hepática asociada a disfunción metabólica (MASLD). En particular, ambos grupos reconocen la relevancia de las intervenciones orientadas a la modificación de los factores de riesgo metabólicos, especialmente aquellas vinculadas con los hábitos alimentarios y el estilo de vida.

Estos hallazgos resultan consistentes con la literatura internacional, que señala que el tratamiento de la MASLD se basa principalmente en estrategias dirigidas a mejorar el perfil metabólico del paciente mediante cambios sostenidos en el estilo de vida (Eslam et al., 2020). En este contexto, la intervención nutricional constituye uno de los componentes centrales del abordaje terapéutico.

Asimismo, diversos estudios sobre trabajo interprofesional en salud han demostrado que la colaboración entre disciplinas favorece la calidad de la atención y la continuidad del tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas (Hall & Weaver, 2001; Reeves et al., 2010). Sin embargo, estos estudios también señalan que la efectividad del trabajo interdisciplinario depende en gran medida de las condiciones organizacionales en las que se desarrolla la práctica clínica.

5.2 Implicancias organizacionales del abordaje interdisciplinario

A pesar del reconocimiento generalizado de la importancia del abordaje interdisciplinario, los resultados del estudio sugieren la existencia de limitaciones organizacionales que dificultan la articulación sistemática entre profesionales. En particular, se identificaron dificultades en los procesos de comunicación y en los mecanismos de derivación entre disciplinas.

Estas observaciones coinciden con lo señalado por diversas guías clínicas y estudios recientes, los cuales destacan la necesidad de implementar modelos de atención integrados para el manejo de la MASLD, incluyendo circuitos de derivación

establecidos y estrategias de seguimiento interdisciplinario (European Association for the Study of the Liver [EASL], 2024; Rinella et al., 2023).

Desde esta perspectiva, las dificultades observadas pueden interpretarse como manifestaciones de procesos de fragmentación asistencial, fenómeno ampliamente descrito en los sistemas de salud cuando no existen estructuras institucionales que faciliten la coordinación entre los distintos actores del equipo sanitario (Younossi et al., 2024).

5.3 Consideraciones metodológicas y limitaciones

Al interpretar los resultados del presente estudio es necesario considerar algunas limitaciones metodológicas. En primer lugar, la utilización de encuestas dirigidas a profesionales de la salud puede estar influenciada por el sesgo de deseabilidad social, dado que los participantes podrían tender a formular respuestas acordes con las buenas prácticas profesionales.

Asimismo, el tamaño de la muestra y su circunscripción a un único hospital público regional limitan la generalización de los resultados a otros contextos institucionales. No obstante, el estudio aporta evidencia empírica situada sobre las dinámicas de articulación interdisciplinaria en el ámbito hospitalario, contribuyendo a visibilizar factores organizacionales relevantes para el abordaje de la MASLD.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

El presente estudio permitió analizar las percepciones y prácticas de médicos y nutricionistas del Hospital Zatti en relación con el abordaje de la enfermedad esteatótica hepática asociada a disfunción metabólica (MASLD), con el propósito de comprender cómo se configura el trabajo interdisciplinario en el contexto hospitalario.

Los resultados evidenciaron la existencia de coincidencias conceptuales entre ambos grupos profesionales respecto del carácter metabólico de la enfermedad y de la importancia de las intervenciones orientadas a la modificación del estilo de vida. No obstante, también se identificaron diferencias en la forma en que se materializa la participación de cada disciplina dentro del proceso asistencial.

En particular, se observó que la intervención nutricional suele incorporarse en etapas posteriores del manejo clínico, lo que podría limitar el potencial preventivo de las estrategias terapéuticas centradas en la modificación de hábitos alimentarios y en el control de los factores de riesgo metabólicos.

Asimismo, los resultados sugieren la presencia de limitaciones organizacionales que dificultan la articulación sistemática entre profesionales, especialmente en relación con los mecanismos de derivación y seguimiento de los pacientes. Estas condiciones reflejan la necesidad de fortalecer las estrategias institucionales orientadas a promover una mayor integración entre disciplinas.

En este sentido, el estudio aporta evidencia contextualizada acerca de las dinámicas de trabajo interdisciplinario en el ámbito hospitalario, contribuyendo a visibilizar la importancia de integrar tempranamente la intervención nutricional dentro del abordaje clínico de la MASLD.

En conclusión, los hallazgos respaldan la necesidad de avanzar hacia modelos de atención más integrados, en los cuales la coordinación entre

profesionales y la implementación de estrategias preventivas constituyan componentes centrales para el manejo de las enfermedades metabólicas crónicas.

Recomendaciones

1. **Implementar un protocolo institucional de abordaje integral del MASLD** que formalice la participación del nutricionista desde el diagnóstico, con pautas claras de derivación, seguimiento y evaluación de resultados clínicos y nutricionales.
2. **Promover instancias de formación y actualización conjunta** entre médicos y nutricionistas, a fin de unificar criterios diagnósticos y terapéuticos según las guías internacionales vigentes.
3. **Fortalecer la comunicación interdisciplinaria** mediante reuniones clínicas periódicas, registro compartido en historias clínicas digitales y espacios de retroalimentación.
4. **Incorporar la evaluación nutricional como parte obligatoria del diagnóstico inicial** del paciente con sospecha o confirmación de MASLD.
5. **Fomentar la educación alimentaria y el cambio de hábitos** como pilares de prevención primaria y secundaria dentro del sistema de salud.
6. **Impulsar políticas públicas** que reconozcan al nutricionista como un agente esencial en el manejo de enfermedades metabólicas, garantizando su presencia en todos los niveles de atención.

Protocolo propuesto: Abordaje interdisciplinario del paciente con MASLD

Objetivo:

Establecer un modelo de atención coordinado entre el equipo médico y nutricional del Hospital Zatti, garantizando la intervención del nutricionista desde el diagnóstico inicial del MASLD.

Tabla N° 3. Etapas del protocolo:

Etapa	Responsable principal	Acciones específicas	Objetivo
1. Detección y diagnóstico inicial	Médico clínico o hepatólogo	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar parámetros bioquímicos (ALT, AST, perfil lipídico, glucemia, HbA1c). - Solicitar ecografía hepática. - Identificar factores de riesgo metabólico. 	Confirmar diagnóstico y establecer grado de riesgo.
2. Derivación inmediata a nutrición	Médico tratante	<ul style="list-style-type: none"> - Completar formulario de derivación. - Enviar historia clínica y resultados bioquímicos. 	Iniciar intervención nutricional temprana.
3. Evaluación nutricional integral	Nutricionista	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar composición corporal, hábitos alimentarios y nivel de actividad física. - Aplicar cuestionarios de adherencia y motivación. - Establecer diagnóstico nutricional según criterios antropométricos y bioquímicos. 	Definir plan alimentario personalizado y metas conductuales.
4. Intervención interdisciplinaria coordinada	Equipo médico-nutricional	<ul style="list-style-type: none"> - Planificar tratamiento conjunto. - Control mensual nutricional y trimestral médico. - Ajuste de medicación y plan alimentario según evolución. 	Favorecer adherencia y mejora metabólica sostenida.

5. Seguimiento y evaluación continua	Nutricionista y médico tratante	<ul style="list-style-type: none"> - Reevaluar parámetros clínicos y nutricionales cada 3-6 meses. - Actualizar historia clínica digital. - Promover educación continua del paciente. 	Prevenir progresión y fomentar autocuidado.
6. Alta y mantenimiento	Equipo interdisciplinario	<ul style="list-style-type: none"> - Confirmar remisión o estabilidad del cuadro. - Reforzar pautas de estilo de vida saludable. - Programar controles anuales. 	Consolidar hábitos saludables a largo plazo.

Indicadores de evaluación:

- Reducción del peso corporal $\geq 5\%$.
- Descenso de enzimas hepáticas (ALT y AST).
- Mejora de perfil lipídico y glucémico.
- Aumento de la adherencia a pautas dietéticas saludables.
- Incremento de la frecuencia de derivaciones tempranas a nutrición.

El abordaje del MASLD requiere superar el paradigma curativo centrado en la enfermedad, para avanzar hacia un modelo preventivo, integral y sustentado en el trabajo interdisciplinario. El nutricionista debe ser reconocido como pilar fundamental del proceso de atención, no como instancia final, sino como agente activo desde el diagnóstico, capaz de transformar la trayectoria clínica del paciente a través de la educación, la alimentación consciente y el acompañamiento sostenido.

Bibliografía:

- Moolla, A., Motohashi, K., Marjot, T., Shard, A., Ainsworth, M., Gray, A., Holman, R., Pavlides, M., Ryan, J. D., Tomlinson, J. W., & Cobbold, J. F. (2019). Un enfoque multidisciplinario para el manejo de la EHGNA se asocia con una mejora en los marcadores de la salud hepática y cardiometabólica. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 31(11), 1449–1457. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6788125/>
- Policarpo, S. R. O., Machado, M. V., Barreira, D., & Cortez-Pinto, H. (2022). Manejo nutricional de la EHGNA: Resultados de un enfoque multidisciplinario. *GE – Portuguese Journal of Gastroenterology*, 29(6), 401–408. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9761363/>
- Zhou, X.-D., Targher, G., Byrne, C. D., Somers, V., Kim, S. U., Chahal, C. A. A., Wong, V. W.-S., Cai, J., Shapiro, M. D., Eslam, M., Steg, P. G., Sung, K.-C., Misra, A., Li, J.-J., Brotons, C., Huang, Y., Papatheodoridis, G. V., Sun, A., Yilmaz, Y., ... Zheng, M.-H. (2023). Declaración de consenso internacional multidisciplinario sobre la MAFLD y el riesgo de ECV. *Metabolism*, 144, 155–171. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10198034/>
- Schattenberg, J. M., Allen, A. M., Jarvis, H., Zelber-Sagi, S., Cusi, K., Dillon, J. F., Caussy, C., Francque, S. M., Younossi, Z., Alkhoury, N., & Lázaro, J. V. (2023). Un enfoque de múltiples partes interesadas para las innovaciones en el tratamiento de la EHGNA. *Communications Medicine*, 3, Article 12. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9810711/>
- Salmanizadeh, F., Sabzevari, S., Shafieipour, S., Zahedi, M. J., & Sarafinejad, A. (2025). Desafíos y necesidades en el manejo de la enfermedad del hígado graso no alcohólico desde la perspectiva de especialistas en gastroenterología y hepatología: Un estudio cualitativo. *BMC Gastroenterology*, 25, Article 3921. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12096504/>

- Chen, M., Chen, Y., Lin, J., Hu, R., Liu, D., Chen, J., Li, K., & Jiang, X. (2024). Resumen de la evidencia de intervenciones en el estilo de vida en adultos con enfermedad hepática esteatótica asociada a disfunción metabólica. *Frontiers in Nutrition*, 11, Article 1459127. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11742927/>
- Torresani, M. E., & Somoza, M. (2016). Lineamientos para el cuidado nutricional. Editorial Universitaria de Buenos Aires. (04/03/2025)
- Rinella, M. E., Lazarus, J. V., Ratziu, V., Sanyal, A., Kanwal, F., & Wong, V. W.-S. (2023). Declaración de consenso Delphi multisociedad sobre la nueva nomenclatura de la enfermedad del hígado graso. *Journal of Hepatology*, 79(4), 611–629. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37364790/> (04/03/2025)
- Tholey, D. (2023, septiembre). Enfermedad hepática asociada con disfunción metabólica (MASLD). En *Manual MSD Profesional*. Recuperado de <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-hep%C3%A1ticos-y-biliares/abordaje-del-paciente-con-hepatopat%C3%ADas/enfermedad-hep%C3%A1tica-asociada-con-disfunci%C3%B3n-metab%C3%B3lica-masld>
- Younossi, Z. M., Blissett, D., Blissett, R., Henry, L., Stepanova, M., Younossi, Y., Racila, A., Hunt, S., & Beckerman, R. (2016). The economic and clinical burden of nonalcoholic fatty liver disease in the United States and Europe. *Hepatology*, 64(5), 1577–1586. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27543837/>
- Younossi, Z. M., Golabi, P., de Avila, L., Paik, J. M., Srishord, M., Fukui, N., & Henry, L. (2020). The global epidemiology of NAFLD and NASH in patients with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Hepatology*, 71(4), 793–801. [https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278\(19\)30393-9/abstract](https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278(19)30393-9/abstract)
- Aguirre, H., Pérez-Valenzuela, J., Urzúa, Á., Lazarte, R., Norero, B., Ginesta, A., Castro, L., Díaz, L. A., Arab, J. P., Barrera, F., & Mezzano, G. (2023). Difusión de nueva nomenclatura en esteatosis hepática. *Gastroenterología Latinoamericana*, 34(2). <https://gastrolat.org/DOI/PDF/10.46613/gastrolat2023002-06.pdf> (01/07/2025)

- Rinella, M. E. (2023). Análisis del cambio de nomenclatura de NAFLD y NASH a MASLD y MASH. *Gastroenterology & Hepatology (New York)*, 19(11), 697–699. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10882866/>
- Velarde-Ruiz Velasco, J. A., García-Jiménez, E. S., García-Zermeño, K. R., Morel-Cerda, E. C., Aldana-Ledesma, J. M., Castro-Narro, G. E., Cerpa-Cruz, S., Tapia-Calderón, D. K., Mercado-Jauregui, L. A., & Contreras-Omaña, R. (2019). Complicaciones extrahepáticas de la enfermedad por hígado graso no alcohólico: impacto más allá del hígado. *Revista de Gastroenterología de México*, 84(4), 472–481. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0375090619301119?via%3Dihub>
- Boccatonda, A., Andreetto, L., D'Ardes, D., Cocco, G., Rossi, I., Vicari, S., Schiavone, C., Cipollone, F., & Guagnano, M. T. (2023). De NAFLD a MAFLD: Definición, base fisiopatológica e implicaciones cardiovasculares. *Biomedicines*, 11(3), 883. <https://doi.org/10.3390/biomedicines11030883>
- Reeves, S., Lewin, S., Espin, S., & Zwarenstein, M. (2010). Trabajo en equipo interprofesional para la atención sanitaria y social. https://www.academia.edu/21944044/Interprofessional_Teamwork_for_Health_and_Social_Care
- Hall, P. y Weaver, L. (2001), Educación interdisciplinaria y trabajo en equipo: un camino largo y sinuoso. *Educación Médica*, 35: 867-875. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2001.00919.x>
- Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. (2001) Organización de la atención a pacientes con enfermedades crónicas. *Medical Education*, 35(9), 867–875. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8941260/>
- Eslam, M., Sanyal, A. J., & George, J. (2020). MAFLD: Una nomenclatura propuesta por consenso para la enfermedad del hígado graso asociado al metabolismo. *Gastroenterology*, 158(7), 1999–2014. [https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(20\)30171-2/fulltext](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(20)30171-2/fulltext)

- Schwarz, J.-M., Noworolski, S. M., Erkin-Cakmak, A., Korn, N. J., Wen, M. J., Tai, V. W., Jones, G. M., Palii, S. P., Velasco-Alin, M., Pan, K., Patterson, B. W., Gugliucci, A., Lustig, R. H., & Mulligan, K. (2017). Effects of dietary fructose restriction on liver fat, de novo lipogenesis, and insulin kinetics in children with obesity. *Gastroenterology*, 153(3), 743–752. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5813289/>
- Liu, S., & Yang, X. (2023). Gut microbiota plays a role in the progression of hepatitis–cirrhosis–hepatocellular carcinoma. *Frontiers in Cellular and Infection Microbiology*, 13, 1140126. <https://www.frontiersin.org/journals/cellular-and-infection-microbiology/articles/10.3389/fcimb.2023.1140126/full#B97>
- Sánchez Pardo, S., Rojas Díaz, L., González, L., & Prieto Ortiz, J. E. (2015). Resistencia a la insulina e hígado graso, correlación clínica y pronóstico de la enfermedad. *Revista Médica Sanitas*, 18(2), 73-81. <https://www.researchgate.net/publication/315381918>
- Santos Lozano, E. (2022). Resistencia a Insulina: Revisión de literatura. *Revista Médica Hondureña*, 90(1), 63–70. <https://doi.org/10.5377/rmh.v90i1.13824>
- Mancusi C, Izzo R, di Gioia G, Losi MA, Barbato E, Morisco C. Insulin resistance the hinge between hypertension and type 2 diabetes. *High Blood Press Cardiovasc Prev* [Internet]. 2020; 27(6):515-26. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32964344>
- Freeman AM, Pennings N. (2022). Insulin resistance. *Treasure Island: StatPearls Publishing*; Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29939616>
- Estes C, Razavi H, Loomba R, Younossi Z, Sanyal A.J. (2018). Modeling the epidemic of nonalcoholic fatty liver disease demonstrates an exponential increase in burden of disease. *Hepatology*, 67:123–33. [http://refhub.elsevier.com/S0025-7753\(19\)30124-1/sbref0375](http://refhub.elsevier.com/S0025-7753(19)30124-1/sbref0375)

- Graffigna, M., Catoira, N., Soutelo, J., Azpelicueta, A., Berg, G., Perel, C., Migliano, M. E., Aranguren, M., Musso, C., & Farias, J. (2017). Diagnóstico de esteatosis hepática por métodos clínicos, bioquímicos y por imágenes. *Revista Argentina de Endocrinología y Metabolismo*, 54(1), 37–46. <https://doi.org/10.1016/j.raem.2016.12.001>
- Poynard, T., Ratziu, V., Naveau, S., Thabut, D., Charlotte, F., Messous, D., Capron, D., Abella, A., Massard, J., Ngo, Y., Munteanu, M., Mercadier, A., & Manns, M. (2005). The diagnostic value of biomarkers (SteatoTest) for the prediction of liver steatosis. *Comparative Hepatology*, 4(10), 1–10. <https://doi.org/10.1186/1476-5926-4-10>
- Kotronen, A., Peltonen, M., Hakkarainen, A., Sevastianova, K., Bergholm, R., Johansson, L. M., Lundbom, N., Rissanen, A., Ridderstråle, M., Groop, L., Orho-Melander, M., & Yki-Järvinen, H. (2009). Prediction of non-alcoholic fatty liver disease and liver fat using metabolic and genetic factors. *Gastroenterology*, 137(3), 865–872. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2009.06.005>
- Bedogni, G., Kahn, H. S., Bellentani, S., & Tiribelli, C. (2010). A simple index of lipid overaccumulation is a good marker of liver steatosis. *BMC Gastroenterology*, 10, 98. <https://doi.org/10.1186/1471-230X-10-98>
- Fennoun, H., El Mansouri, S., Tahiri, M., Essabah Haraj, N., El Aziz, S., Hadad, F., Hliwa, W., Badr, W., & Chadli, A. (2020). Interés del índice de esteatosis hepática (HSI) en el cribado de la esteatopatía metabólica en pacientes con diabetes tipo 2. *The Pan African Medical Journal*, 37, 270. [10.11604/pamj.2020.37.270.9087](https://doi.org/10.11604/pamj.2020.37.270.9087)
- Musso, G., Cassader, M., Rosina, F., & Gambino, R. (2012). Impacto de los tratamientos actuales sobre la enfermedad hepática, el metabolismo de la glucosa y el riesgo cardiovascular en la enfermedad del hígado graso no alcohólico (NAFLD): una revisión sistemática y metanálisis de ensayos aleatorizados. *Diabetologia*, 55(4), 885–904. <https://doi.org/10.1007/s00125-011-2446-4>

- European Association for the Study of the Liver (EASL), European Association for the Study of Diabetes (EASD), & European Association for the Study of Obesity (EASO). (2016). EASL–EASD–EASO clinical practice guidelines for the management of non-alcoholic fatty liver disease. *Journal of Hepatology*, 64(6), 1388–1402. [10.1016/j.jhep.2015.11.004](https://doi.org/10.1016/j.jhep.2015.11.004)
- Sahuquillo Martínez, A., Ramírez Manent, J. I., Torres Moreno, M. P., Solera Albero, J., & Tárraga López, P. J. (2020). La ecografía, técnica diagnóstica en esteatosis hepática no alcohólica [Ecography, diagnostic technique in non-alcoholic hepatic esteatosis]. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(4), 392–427. <https://www.redalyc.org/journal/5645/564564530004/html/>
- Pulgarín Ricardo, L. G., Rascovsky Ramírez, S., Delgado de Bedout, J. A., Llano Serna, J. F., Vélez Arango, J. M., Sanz Ramírez, J. A., & Calvo Betancur, V. D. (2010). Enfermedades difusas del hígado: evaluación con resonancia magnética. *Medicina & Laboratorio*, 16(9-10), 459-468 <https://www.medigraphic.com/pdfs/medlab/myl-2010/myl109-10d.pdf>
- Chalasani, N., Younossi, Z., Lavine, J. E., Charlton, M., Cusi, K., Rinella, M., Harrison, S. A., Brunt, E. M., & Sanyal, A. J. (2018). Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad del hígado graso no alcohólico: guía práctica de la Asociación Estadounidense para el Estudio de las Enfermedades Hepáticas. *Hepatology*, 67(1), 328–357. <https://doi.org/10.1002/hep.29367>
- Caballeria, L., Augustin, S., Broquetas, T., Morillas, R. M., Vergara, M., Virolés, S., Hernández, M. R., Serra, I., Goday, A., Vila, L., Siso-Almirall, A., Solans, R., Fernández-Real, J. M., Carrión, J. A., Graupera, I., & Ginès, P. (2019). Recomendaciones para la detección, diagnóstico y seguimiento de los pacientes con enfermedad por hígado graso no alcohólico en atención primaria y hospitalaria. *Medicina Clínica*, 153(4), 169–177. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2019.01.030>
- National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. (s. f.). Treatment for nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD)

<https://www.niddk.nih.gov/health-information/liver-disease/naflid-nash/treatment>

- Brea, A., Pintó, X., Ascaso, J. F., & otros. (2017). Enfermedad del hígado graso no alcohólico, asociación con la enfermedad cardiovascular y tratamiento (II). Tratamiento de la enfermedad del hígado graso no alcohólico. *Clínica e Investigación en Arteriosclerosis*, 29(4), 185-200. <https://doi.org/10.1016/j.arteri.2016.06.002>
- Bédossa, P., Poitou, C., Veyrie, N., Bouillot, J. L., Basdevant, A., Paradis, V., Tordjman, J., & Clément, K. (2012). Histopathological algorithm and scoring system for evaluation of liver lesions in morbidly obese patients. *Hepatology*, 56(5), 1751–1759. <https://doi.org/10.1002/hep.25889>
- Asociación Europea para el Estudio del Hígado (EASL), Asociación Europea para el Estudio de la Diabetes (EASD), Asociación Europea para el Estudio de la Obesidad (EASO); Guías de Práctica Clínica EASL-EASD-EASO para el Manejo de la Enfermedad del Hígado Graso No Alcohólico. *Datos de Obes*, 28 de mayo de 2016; 9 (2): 65–90. <https://doi.org/10.1159/000443344>
- Bedogni, G., Bellentani, S., Miglioli, L., Masutti, F., Passalacqua, M., Castiglione, A., & Tiribelli, C. (2006). The Fatty Liver Index: A simple and accurate predictor of hepatic steatosis in the general population. *BMC Gastroenterology*, 6(1), 33. <https://doi.org/10.1186/1471-230X-6-33>
- Tapia Abonza, J., & Martínez Vázquez, S. E. (2020). La importancia del diagnóstico temprano de la enfermedad por hígado graso no alcohólico (EHGNA). *Revista Digital REDCien*, 4(7), julio-diciembre. Colegio Mexicano de Nutriólogos A. C. <https://www.redcien.com/index.php/redcien/article/view/63>

ANEXO 1: Encuesta al equipo médico.

Encuesta para Médicos sobre el Abordaje de MASLD (Esteatosis hepática asociado a disfunción metabólica)

Estimado equipo médico

Mi nombre es Tamara Velo, estudiante de la carrera de Lic. en Nutrición de la Universidad Nacional de Río Negro.

La presente encuesta tiene fines exclusivamente académicos y forma parte del trabajo final de grado titulado *"Abordaje interdisciplinario de la Enfermedad Esteatótica Hepática asociada a disfunción metabólica en el Hospital Zatti de Viedma, Río Negro: participación del nutricionista y percepción médica sobre su rol"*. Este formulario busca recopilar información sobre las prácticas médicas en pacientes con MASLD y la colaboración interdisciplinaria.

La encuesta es totalmente anónima, la dirección del correo es para no registrar 2 correos iguales o que el profesional vuelva a responder.

Muchas gracias por su participación

* Indica que la pregunta es obligatoria

1. Especialidad médica *

Tu respuesta

2. ¿Considera la evaluación de MASLD como parte de su práctica habitual ante pacientes con riesgo metabólico? *

- Sí, solicito estudios hepáticos de rutina en pacientes con síndrome metabólico (ej. perfil hepático, ecografía abdominal).
- Sí, solo cuando hay elevación de transaminasas o hepatomegalia clínica.
- Solo si el paciente presenta múltiples comorbilidades metabólicas o antecedentes familiares.
- No lo hago habitualmente, pero lo consideraría si se presentan signos clínicos sugestivos.
- No suelo tener en cuenta MASLD en mi práctica clínica.
- No conozco en profundidad la enfermedad hepática metabólica (MASLD).
- Otros: _____

3. En caso de atender a un paciente con diagnóstico de MASLD, ¿considera otros aspectos del síndrome metabólico para coordinar con otros profesionales? *

- Me enfoco principalmente en el problema específico por el que consulta el paciente.
- Evalúo otras comorbilidades del síndrome metabólico y derivo si es necesario.
- Coordino activamente con otros profesionales para un manejo interdisciplinario.
- Solo derivo si los síntomas o resultados superan mi área de intervención.
- No suelo intervenir fuera de mi especialidad, pero registro las comorbilidades.
- No he atendido a pacientes con MASDL
- Otros: _____

4. ¿Qué factores cree que influyen en su decisión de derivar a un paciente con MASLD a otros especialistas o profesionales de la salud? *

- Sospecha de progresión hepática (fibrosis, MASH)
- Falta de respuesta al tratamiento dentro de su especialidad
- Indicaciones de guías clínicas o protocolos institucionales
- Limitación de tiempo en la consulta
- No suelo derivar en estos casos
- Otros: _____

5. ¿Es parte de un equipo interdisciplinario formal (por ejemplo, en consultorio conjunto, reuniones clínicas, etc.)? *

- Si
- No
- Otros: _____

6. ¿Existe en su institución un protocolo estandarizado que guíe el abordaje conjunto entre el médico y el/la nutricionista para la atención de pacientes? (de cualquier patología) *

- Si
- No
- Otros: _____

7. Si su respuesta fue afirmativa, ¿podría describir brevemente en qué consiste? Y ¿Se aplica en pacientes con MASLD o es específico de otras patologías? *

Tu respuesta

8. Dado que la alimentación es un eje central en el manejo de MASLD y sus comorbilidades asociadas (como HTA, diabetes tipo 2, obesidad, dislipidemias, entre otras), ¿Cómo aborda usted los aspectos nutricionales en sus consultas? *

- Realizo recomendaciones generales sobre hábitos alimentarios.
- Les pregunta si desean o están dispuestos a consultar con un/a nutricionista
- Indagar sobre las barreras o motivos por los cuales no quieren asistir.
- Derivo al paciente a un/a nutricionista
- Derivo solo si el paciente presenta obesidad o mal control metabólico.
- Refuerza la indicación en las consultas sucesivas si no hubo adherencia inicial.
- No abordo el tema de la alimentación porque no corresponde a mi rol.
- Otros: _____

9. ¿En qué situaciones considera que el acompañamiento nutricional es necesario en pacientes con MASLD?

- En todos los casos, independientemente del grado de enfermedad o comorbilidades
- Cuando el paciente presenta obesidad o sobrepeso
- Cuando hay diagnóstico de diabetes tipo 2
- En presencia de dislipidemias (colesterol o triglicéridos elevados)
- Cuando el paciente no presenta comorbilidades, pero requiere educación alimentaria
- Solo cuando el médico tratante lo indica
- Solo si el paciente lo pide
- Si no hay cambios en el estilo de vida a lo largo de los años (alimentación, actividad, otros hábitos)
- Otros: _____

10. ¿Tiene comunicación directa con nutricionistas en el seguimiento * respecto a pacientes compartidos y/o derivados?

- Sí, se realiza un seguimiento coordinado y continuo entre ambos profesionales.
- No, el seguimiento es exclusivamente médico
- No, pero el paciente ya está en tratamiento nutricional por su cuenta.
- Solo de forma periódica (reuniones, informes, interconsultas).
- Otros: _____

11. ¿En que nivel considera que el trabajo conjunto con nutricionistas mejora los resultados clínicos en MASLD? *

★ = No se evidencia un impacto clínicamente relevante

★★ = Mejora leve

★★★ = Mejora moderada

★★★★ = Mejora significativa

★★★★★ = Mejora fundamental o determinante

1	2	3	4	5
★	★	★	★	★

12. ¿Qué factores considera que dificultan el trabajo interdisciplinario en el tratamiento de pacientes con MASLD? (*Puede marcar más de una opción*) *

- Falta de comunicación entre profesionales
- Ausencia de protocolos clínicos interdisciplinarios o guías compartidas
- Desconocimiento del rol del nutricionista por parte del equipo médico
- Falta de espacios institucionales para reuniones o planificación conjunta
- Tiempos limitados de atención profesional
- Alta demanda asistencial que impide el trabajo conjunto
- Escasez de personal en algunas especialidades (ej. nutrición, hepatología, endocrinología)
- Baja prioridad institucional del enfoque interdisciplinario
- Dificultad para acceder al paciente de forma coordinada (turnos, derivaciones, continuidad)
- Diferencias en criterios terapéuticos.
- Otros: _____

13. ¿Cómo describiría su experiencia (si la hubo) respecto a la colaboración con nutricionistas en el tratamiento de pacientes con MASLD?

Tu respuesta _____

ANEXO 2: Encuestas al servicio de nutrición

Encuesta para Nutricionistas sobre el Abordaje de MASLD (Esteatosis hepática asociado a disfunción metabólica)

Estimado equipo del área de nutrición

Mi nombre es Tamara Velo, estudiante de la carrera de Lic. en Nutrición de la Universidad Nacional de Río Negro.

La presente encuesta tiene fines exclusivamente académicos y forma parte del trabajo final de grado titulado *"Abordaje interdisciplinario de la Enfermedad Esteatótica Hepática asociada a disfunción metabólica en el Hospital Zatti de Viedma, Río Negro: participación del nutricionista y percepción médica sobre su rol"*. Este formulario busca recopilar información sobre las prácticas médicas en pacientes con MASLD y la colaboración interdisciplinaria.

La encuesta es totalmente anónima.

Muchas gracias por su participación

1. ¿En qué ámbitos suele recibir pacientes con diagnóstico de MASLD? *

- Derivación médica directa
- Derivación informal o verbal
- Internación clínica
- El paciente acude por iniciativa propia y se realiza una derivación médica para estudios complementarios
- No recibo pacientes con ese diagnóstico habitualmente
- Otros: _____

2. Cuando recibe una derivación o consulta de un paciente con diagnóstico de MASLD, ¿qué tipo de información suele acompañar la consulta? *
(Puede marcar más de una opción)

- Diagnóstico confirmado por estudios (bioquímicos o por imágenes)
- Diagnóstico verbal referido por el paciente (sin estudios disponibles)
- Historia clínica u hoja de derivación médica
- Información sobre tratamiento farmacológico actual
- No se recibe documentación médica al momento de la consulta
- Otros: _____

3. En caso de atender a un/a paciente con diagnóstico de MASLD, en el abordaje nutricional ¿también considera otros aspectos del síndrome metabólico para coordinar una intervención más integral junto a otros profesionales?

- Me enfoco principalmente en el problema específico por el que consulta el paciente.
- Evalúo otras comorbilidades del síndrome metabólico y derivo si es necesario.
- Coordino activamente con otros profesionales para un manejo interdisciplinario.
- Solo derivo si los síntomas o resultados superan mi área de intervención.
- No suelo intervenir fuera de mi especialidad, pero registro las comorbilidades.
- Otros: _____

4. ¿Realiza algún tipo de diagnóstico nutricional específico para pacientes con MASLD?

- Sí, utilizando criterios clínicos y antropométricos específicos.
- Sí, pero adaptado desde protocolos generales para enfermedades metabólicas.
- No, adapto la intervención a medida que evoluciona el tratamiento médico.
- No se realiza un diagnóstico nutricional diferenciado en estos casos.
- Otros: _____

Tratamiento y Trabajo interdisciplinario

5. ¿Es parte de un equipo interdisciplinario formal (por ejemplo, en consultorio conjunto, reuniones clínicas, etc.)? *

- SI
- NO
- Otros: _____

6. ¿Existe en su institución un protocolo estandarizado que guíe el abordaje conjunto entre el médico y el/la nutricionista para la atención de pacientes (cualquiera sea la patología)? *

- Si
- no

7. Si su respuesta fue afirmativa, ¿podría describir brevemente en qué consiste? Y ¿Se aplica en pacientes con MASLD o es específico de otras patologías?

Tu respuesta _____

8. Dado que los pacientes con MASLD suelen presentar comorbilidades (obesidad, diabetes tipo 2, dislipemia, HTA entre otras), ¿suele coordinar el tratamiento con médicos especialistas? *

- Si
- No
- Solo en casos graves/ descompensación del paciente
- Otros: _____

9. ¿En qué situaciones considera necesaria la derivación o interconsulta médica durante el tratamiento nutricional de pacientes con MASLD? (Puede marcar más de una opción)

- Al inicio del tratamiento, como parte del abordaje interdisciplinario
- Cuando se detectan signos o síntomas clínicos que requieren evaluación médica
- Cuando hay sospecha de descompensación metabólica y/o complicaciones
- Cuando el paciente no adhiere al tratamiento nutricional
- En todos los casos, como parte del protocolo institucional
- Otros: _____

10. ¿Tiene comunicación directa con médicos en el seguimiento respecto a pacientes compartidos y/o derivados? *

- Sí, se realiza un seguimiento coordinado y continuo entre ambos profesionales.
- No, el seguimiento es exclusivamente nutricional.
- No, pero el paciente ya está en tratamiento médico por su cuenta.
- Solo de forma periódica (reuniones, informes, interconsultas).
- Otros: _____

11. ¿Se siente considerado/a por el equipo médico como parte fundamental del abordaje interdisciplinario en MASLD? *

- ★ = Nada considerado/a
- ★★ = Poco considerado/a
- ★★★ = Medianamente considerado/a
- ★★★★ = Bastante considerado/a
- ★★★★★ = Totalmente considerado/a

1	2	3	4	5
★	★	★	★	★

12. ¿Qué factores considera que dificultan el trabajo interdisciplinario en el tratamiento de pacientes con MASLD? *(Puede marcar más de una opción)* *

- Falta de comunicación entre profesionales
- Ausencia de protocolos clínicos interdisciplinarios o guías compartidas
- Desconocimiento del rol del nutricionista por parte del equipo médico
- Falta de espacios institucionales para reuniones o planificación conjunta
- Tiempos limitados de atención profesional
- Alta demanda asistencial que impide el trabajo conjunto
- Escasez de personal en algunas especialidades (ej. nutrición, hepatología, endocrinología)
- Baja prioridad institucional del enfoque interdisciplinario
- Dificultad para acceder al paciente de forma coordinada (turnos, derivaciones, continuidad)
- Diferencias en criterios terapéuticos.
- Otros: _____

13. ¿Cómo describiría su experiencia respecto a la colaboración con médicos en el tratamiento de pacientes con MASLD? *

Tu respuesta _____