

Despistaje por invitación:

uso de los registros de pacientes de los médicos de cabecera para invitar a personas nacidas en áreas endémicas al despistaje de hepatitis viral

¿Quién es usted?

Me llamo Jan Kunkel y soy doctor en medicina especializado en hepatología con base en el Blizard Institute, que forma parte de la Queen Mary University of London. Junto con mi colega, el Prof. Graham Foster, coordino el proyecto piloto HEPscreen en el Este de Londres. Recibimos el apoyo de colegas del Grupo de Efectividad Clínica (CEG) del Blizard Institute¹, Yasmine Koodun, una trabajadora administrativa de nuestro equipo, el Dr. Jose Figueroa, Director Adjunto de Salud Pública para el distrito de Hackney, y la Prof. Jane Anderson, Directora de servicios del VIH en el hospital local.



¿Dónde tiene su base de operaciones?

El Blizard Institute tiene su sede en Whitechapel, en el Este de Londres. Los investigadores del equipo de patología también desempeñan funciones clínicas en la Unidad de Hepatología del Royal London Hospital, que constituye un centro de derivación terciaria para casos de hepatología de las consultas de medicina general circundantes y de los hospitales generales de distrito del Este de Londres. Para el proyecto piloto HEPscreen trabajamos con médicos de cabecera (MC) del distrito de Hackney, un área municipal de 250 000 habitantes situada en el Este de Londres. De acuerdo con el censo de 2011, sabíamos que cerca del 40% de la población de Hackney había nacido fuera del Reino Unido, y que la mitad de ellos habían residido en el área durante 10 años o más². Los datos epidemiológicos también nos indican que muchos de estos países de origen tenían una prevalencia de hepatitis B/C media a alta.

¿A qué población esperaban alcanzar? ¿Por qué fue este grupo el objetivo?

Tratamos de alcanzar a personas nacidas en países de prevalencia media a alta, en concreto Turquía, Pakistán, Nigeria, Ghana y Somalia. Además de un mayor riesgo

de contraer la hepatitis B crónica, debido a la exposición al VHB durante la infancia en sus países de origen, y debido a la hepatitis C crónica, debida a la exposición a instrumental médico, odontológico o de afeitado sin esterilizar, los estudios también sugieren peores resultados de la enfermedad hepática relacionada con la hepatitis viral. Por ejemplo, los estudios muestran un incremento del riesgo de enfermedades hepáticas de VHC en fase terminal en personas nacidas en Pakistán y residentes en el Reino Unido. Dado que la proporción de habitantes de Hackney con registro en un MC es muy alta, trabajamos con dos consultorios de medicina general que, de acuerdo con los informes de población, deberían tener un número sustancial de pacientes registrados nacidos en estos países.

¿Qué hicieron?

Utilizamos la identidad étnica y el tiempo desde el registro como variables para seleccionar entre las dos consultas de medicina general una muestra de 1000 personas que se esperaba que hubieran nacido en países de prevalencia media a alta. A continuación, enviamos una carta de invitación a las personas para que acudieran a la consulta para una prueba de hepatitis viral.

¹ <http://blizard.qmul.ac.uk/research-groups/253-clinical-effectiveness-group.html>

² http://www.hackney.gov.uk/Assets/Documents/HWP-Chapter-1The_people_of_Hackney_and_the_City.pdf

Desarrollamos un módulo de prueba aleatorizado en el que la mitad (500) al azar recibió solo una invitación para las pruebas de hepatitis viral y la otra mitad para pruebas de hepatitis viral y VIH. La aleatorización se realizó a nivel individual y se procuró aleatorizar a los participantes que compartían un hogar en pequeños clústeres para el mismo grupo de estudio (p. ej. con o sin VIH). Junto con la carta de invitación, se envió a todos los participantes una hoja informativa sobre el proyecto. Esta se encontraba disponible tanto en inglés como en turco (para las personas cuya primera lengua registrada era el turco). Un requisito para que el comité ético decidiera aprobar el estudio era que los participantes tenían que optar por hacerlo, es decir, tomar una decisión activa para acudir a la consulta y realizar la prueba. Los requisitos éticos también evitaban el posterior seguimiento de las personas invitadas por teléfono, si bien parte de ellas recibieron una segunda carta de invitación si no había habido respuesta a la primera.

¿Proporcionaron apoyo lingüístico a las personas a las que ofrecieron las pruebas? ¿Hubo materiales traducidos o intérpretes?

Traducimos al turco los materiales enviados a las personas a las que ofrecimos el despistaje.

¿Qué formación ofrecieron a los trabajadores implicados en invitar a las personas y ofrecer las pruebas?

El personal de la consulta de medicina general no requería formación, ya que su tarea en el proyecto piloto era muy similar a la que realizaba en su actividad cotidiana, es decir, inscribir a los potenciales participantes que telefoneaban a la consulta para acudir a las clínicas participantes en HEPscreen. Yasmine recibió formación sobre cómo invitar a los participantes por correo.

¿Cuándo se realizó esta intervención?

Nuestro proyecto piloto se realizó entre septiembre de 2012 y octubre de 2014, incluido el tiempo que llevó presentarlo y recibir la aprobación del comité ético.

¿Cómo fue la aceptación? ¿Cuántas personas se beneficiaron de la intervención?

La aceptación de la oferta de despistaje fue del 2,3% (n=13/560). No identificamos ninguna hepatitis viral ni VIH.

¿Cuáles son las principales conclusiones extraídas? Si otro servicio fuera a reproducir su modelo, ¿qué consejo le darían? ¿Qué harían diferente si fueran a repetir la intervención? ¿Qué repetirían?

Como recibimos una baja aceptación que resultó decepcionante, no repetiríamos este modelo de esta forma. Parte del problema podría haber residido en la dificultad para implementar este enfoque como un estudio de investigación, ya que las decisiones del comité ético y de I+D requirieron una larga fase de planificación y las decisiones subsiguientes incluyeron condiciones que hicieron muy difícil una prueba clínica controlada al azar basada en invitaciones.

Por ejemplo, una causa importante de retirada de nuestro estudio fue el hecho de que no teníamos el permiso del comité ético para hacer una llamada telefónica de seguimiento a las personas invitadas, lo que probablemente ejerció un sustancial impacto negativo en la participación. Aconsejaríamos a otros que se aseguraran de que los recordatorios telefónicos formaran parte de la campaña de despistaje. Los nuevos medios y las redes sociales también se podrían explorar como forma de suscitar concienciación. Contar con MC para ofrecer las pruebas es algo muy prometedor, pero es esencial que los métodos de despistaje sigan siendo sencillos debido al tiempo limitado de que disponen los MC. Tratar de integrar el despistaje mediante invitación con la infraestructura de MC existente. Por el ejemplo, el uso de sistemas informáticos podría resultar muy útil para animar a los MC a que ofrezcan despistaje a personas que asisten a la consulta y hayan nacido en países con prevalencia media o alta.

