

Estudio de caso del HEPscreen Toolkit:

un modelo híbrido en Barcelona que utiliza la extensión comunitaria activa y pruebas oportunistas en la atención primaria

¿Quién es usted?

Me llamo Manuel Fernández y soy doctor en medicina especializado en la salud pública y la epidemiología. Trabajo en la Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB) y he coordinado el proyecto piloto de HEPscreen junto con colegas de epidemiología, salud comunitaria y atención primaria. La Unidad de Prevención y Control de la Tuberculosis, la Unidad de Medicina Tropical y Salud Internacional Drassanes (UMTSID) y el Centro de Atención Primaria del Raval Sur también participaron activamente en el proyecto.



¿Dónde tiene su base de operaciones?

La ASPB se ocupa de la ciudad de Barcelona en Cataluña (España). El proyecto se centró en Ciutat Vella, un barrio de 100 000 habitantes del interior de la ciudad cercano al puerto. En este vecindario, más del 40% de las personas son inmigrantes, procedentes en su mayor parte de Latinoamérica, Europa Central/Oriental, el Norte de África y el Sur y el Este de Asia. La inmigración es un fenómeno relativamente reciente en España, que experimentó un incremento espectacular al entrar el siglo XXI.

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

Las poblaciones objetivo fueron los inmigrantes provenientes de Latinoamérica y Europa Central/Oriental. Se identificaron inmigrantes latinoamericanos porque constituyen la mayor comunidad inmigrante tanto en España como en la ciudad de Barcelona. La población relativamente grande de inmigrantes procedentes de Europa Central/Oriental, principalmente de Rumanía, también se eligió no solo por su tamaño, sino también por la prevalencia media a alta de la hepatitis viral en estos países.



¿Qué hicieron?

Hubo dos enfoques: la extensión activa a través de trabajadores de salud comunitaria (TSC) y pruebas oportunistas en un centro de salud internacional. En la estrategia de extensión, los TSC celebraron sesiones de educación y sensibilización en emplazamientos sociales y culturales fáciles de acceder y conocidos para la población objetivo. También se proporcionaron folletos informativos como complemento a la sesión educativa presencial. Al final de las sesiones de educación, las personas fueron derivadas al MC para completar un cuestionario sobre salud y se les ofreció una cita para realizar las pruebas. En el momento de las pruebas se concertó una cita de seguimiento para los resultados.

En la estrategia de pruebas oportunistas, se ofreció una cita para realizar pruebas de hepatitis viral a personas que cumplían los criterios de aptitud (país de nacimiento) y visitaban el centro por otros motivos. La información sobre la hepatitis viral fue facilitada de forma presencial por la enfermera que ofrecía las pruebas. Todas aquellas personas que dieron positivo en la prueba fueron derivadas a un especialista para un examen ulterior y un posible tratamiento. Se ofreció la vacuna contra el VHB a las personas susceptibles de contraerlo.

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

Por tratarse de hablantes nativos de español, la mayor parte de los inmigrantes procedentes de Latinoamérica no necesitaron un apoyo lingüístico. Para los inmigrantes de Europa Central y del Este, el idioma fue un problema. Las sesiones de educación y sensibilización se ofrecieron en los idiomas hablados por los inmigrantes de estos países, incluido el ruso.

¿Qué formación ofrecieron a los trabajadores implicados en la sensibilización o en ofrecer las pruebas?

Las enfermeras y los MC que colaboraron en el proyecto poseen una amplia experiencia en las enfermedades transmisibles y trabajan regularmente con poblaciones de inmigrantes. Los TSC tienen experiencia en la extensión educativa y la promoción de la salud. Se proporcionó formación específica sobre la hepatitis viral a los TSC antes de la implementación de las sesiones educativas.

¿Cuándo se realizó esta intervención?

Entre octubre de 2012 y julio de 2014

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

En la estrategia de extensión se celebraron 45 sesiones de educación en las que participaron un total de 337 personas, 316 de las cuales dieron su consentimiento para nuevos contactos y pruebas. De estas, 210 (el 67%) fueron atendidas por el MC para el cuestionario de salud. De los 210 participantes, 16 fueron excluidos por criterios clínicos (despistaje reciente o vacuna previa contra el VHB). De estos 210, 194 fueron derivados para realizar pruebas, 171 de los cuales se sometieron a pruebas de hepatitis B y C. Se detectaron tres casos de hepatitis B crónica y seis casos de hepatitis C crónica. La estrategia de pruebas oportunistas alcanzó a 247 personas, 234 de las cuales se sometieron a pruebas de hepatitis B y C. Se detectaron tres casos de hepatitis B crónica y cuatro casos de hepatitis C crónica. Encontramos una baja prevalencia tanto de VHB crónico (0,6%) como de VHC crónico (0,3%) en los inmigrantes provenientes de Latinoamérica. Encontramos una prevalencia media del VHB crónico (4,8%) y una alta prevalencia de la hepatitis C crónica (11,1%) entre los inmigrantes de Europa Central y del Este.

¿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?

Ambas estrategias son efectivas y las repetiríamos, aunque con ciertas consideraciones y modificaciones. En el caso de la estrategia de extensión, el despistaje in situ tras la sesión educativa podría incrementar el número de personas sometidas realmente a las pruebas y limitar los abandonos que experimentamos en las diferentes etapas. Esta estrategia también alcanzó a personas en circunstancias vulnerables desde el punto de vista socioeconómico, como el alojamiento y las condiciones laborales inseguros, así como el acceso limitado al sistema de atención sanitaria. Es importante reconocer y tratar de

superar estas barreras; para nosotros, el papel mediador de los TSC fue de un valor incalculable y mejoró el cumplimiento, solucionó problemas y evitó la pérdida de estos participantes. Para expandir las pruebas oportunistas, son muy necesarias directrices clínicas claras para los MC que expliquen a quién deberían ofrecerse las pruebas, por qué y cómo. Esto ayudaría a asegurar que el despistaje se realice sistemáticamente y de una forma efectiva y sensible para los grupos de riesgo. También contribuiría a reducir la incertidumbre profesional sobre el despistaje de la hepatitis viral.



Co-funded by
the Health Programme
of the European Union

La responsabilidad sobre la información y sobre los puntos de vista contenidos en el presente documento recae por completo en los autores. La Comisión Europea no se hace responsable de cualquier uso que se pueda realizar de la información aquí contenida.