

El desafío de la hepatitis viral crónica para la salud pública: una necesidad urgente de despistaje

Presentación del HEPscreen Toolkit

Por Abby Falla, Irene Veldhuijzen y Jan Hendrik Richardus en nombre del consorcio HEPscreen

Abby Falla

Licenciada en Ciencias e investigadora en el Departamento de Salud Pública, Erasmus MC de Rotterdam

Dr. Irene Veldhuijzen

Epidemióloga que trabaja en el Servicio Municipal de Salud Pública de Rotterdam

Prof. Dr. Jan Hendrik Richardus

Profesor especializado en enfermedades infecciosas y salud pública en Erasmus MC e IP del proyecto HEPscreen

Correo electrónico: am.falla@rotterdam.nl

Socios del consorcio HEPscreen:

Universidad de Ciencias Aplicadas de Hamburgo (Alemania)

Prof. Dr. Ralf Reintjes y Dra. Amena Ahmad

Universidad de Florencia (Italia)

Prof. Dr. Paolo Bonnani, Dra. Miriam Levi y Dra. Angela Bechini

Queen Mary University of London (Reino Unido)

Prof. Dr. Graham Foster y Dr. Jan Kunkel

NHS Grampian, Escocia (Reino Unido)

Dra. Maria K. Rossi

Agencia de Salud Pública, Barcelona (España)

Dr. Joan Cayla, Dr. Manuel Fernandez, Dra. Sandra Manzanares

Instituto Nacional de Salud Pública y Medio Ambiente, Países Bajos

Dra. Susan Hahné

Centro Nacional de Epidemiología, Hungría

Dra. Ágnes Csohán

The Hepatitis C Trust, Reino Unido

Charles Gore



Co-funded by
the Health Programme
of the European Union

HEPscreen fue cofinanciado por el Programa de Salud de la UE. La responsabilidad sobre la información y sobre los puntos de vista contenidos en el presente artículo 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.

Resumen

Las hepatitis B y C son virus latentes que, si no se tratan, atacan de forma silenciosa el hígado y décadas más tarde pueden causar en él graves enfermedades, entre las que se incluye el cáncer. La mayor parte de las hepatitis virales de Europa quedan sin diagnosticar, en un contexto que se describe de forma evocadora como una «bomba de relojería» de enfermedad y muerte relacionadas con el hígado. Sin despistaje y tratamiento, se ha pronosticado un incremento de la mortalidad por enfermedades del hígado asociadas con la hepatitis viral que alcanzará su cota máxima cerca de 2030. El HEPscreen Toolkit se ha desarrollado a través de investigación que incluye estudios piloto y pretende motivar y capacitar a otros para responder a este desafío de la salud pública mediante la implementación de un despistaje efectivo.

Contexto de política global

La urgencia y la escala de actuación requerida en relación con la hepatitis viral están reconocidas en varios documentos, marcos y directrices de políticas globales de gran notoriedad. La primavera de 2014 constituyó un momento especialmente importante, ya que en el mes de abril se publicaron las primeras directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) relacionadas con el despistaje y el tratamiento de la hepatitis C⁽¹⁾. En mayo, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó una resolución para mejorar la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la hepatitis viral, así como para garantizar la igualdad de acceso entre los grupos más vulnerables, incluidos los inmigrantes⁽²⁾. Esto dio forma a Prevención y control de las hepatitis virales: Marco para la acción mundial (2012) de la OMS, que señala la necesidad de un enfoque integral de la hepatitis viral

a escala global, que incluye la obtención de datos para una política basada en evidencias, la sensibilización, la creación de asociaciones y la prevención, el diagnóstico, la atención y el tratamiento.

Interés de la política europea

Las acciones para el despistaje de la hepatitis viral a nivel europeo prestan su contribución en dos ámbitos de la agenda de políticas de la UE. La naturaleza infecciosa de la hepatitis viral y la contribución de la migración a la carga de la enfermedad sitúan el problema en el marco de las amenazas para la salud de carácter transfronterizo. El impacto desproporcionado en las poblaciones marginadas y por tanto en las desigualdades de salud supone un vínculo con los principios de los derechos humanos, la dignidad y la solidaridad sobre los que se construyó la UE. El Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC), una agencia de la UE dedicada a la vigilancia y la coordinación en relación con las enfermedades infecciosas, creó una red para la hepatitis viral con el fin de mejorar la calidad de los datos, unir a las partes interesadas, compartir buenas prácticas y ayudar a los Estados miembros a abordar el problema en sus respectivas poblaciones. Una reunión de alto nivel celebrada en junio de 2014 bajo los auspicios de la presidencia griega de la UE, en la que participaron actores clave entre los que se incluía la ECDC, examinó los enfoques nacionales, debatió nuevos desarrollos e identificó políticas públicas para facilitar y mejorar el acceso al tratamiento de las hepatitis B (VHB) y C (VHC), especialmente en países que implementan programas de austeridad. El resultado concluyente fue la necesidad de los sistemas sanitarios de desarrollar respuestas urgentes a esta crisis latente de la salud pública.

El proyecto HEPscreen, financiado por el Programa de Salud de la UE

HEPscreen incluyó diez socios de seis países: Reino Unido, Alemania, Países Bajos, Hungría, Italia y España. El propósito principal de nuestro proyecto fue evaluar, describir y comunicar buenas prácticas de despistaje de

hepatitis B y C entre las comunidades de inmigrantes. Un área clave de la investigación correspondió a las evidencias epidemiológicas de la carga de hepatitis B y C entre los inmigrantes en Europa. Sobre esta base, revisamos la relación coste-rendimiento y si los beneficios del despistaje superaban a los perjuicios. Otra línea de investigación se centró en las prácticas recomendadas (es decir, directrices) y actuales de despistaje, asesoramiento, derivación y tratamiento. Otra tarea clave fue la recopilación y valoración de materiales informativos traducidos para las personas a las que se ofrecen las pruebas.

Finalmente, se realizaron cuatro investigaciones piloto en Grampian (Escocia), Londres (Inglaterra), Hungría Central incluida Budapest y Barcelona (España), en las que se emplearon enfoques tanto innovadores como bien conocidos para el despistaje. Estas cuestiones de investigación y práctica resultaron especialmente interesantes, dados los tres modelos de organización del sistema sanitario encontrados en nuestros países participantes: modelo Beveridge en el Reino Unido, España e Italia; modelo Bismark en Alemania y los Países Bajos y un modelo de transición Semashko-Bismark en Hungría. Estos seis países también presentan diferencias en cuanto a la historia y experiencia de migración. España e Italia experimentaron una inmigración mucho más rápida y reciente que Reino Unido, Alemania y los Países Bajos, donde la inmigración ha sido habitual desde los años 50. La emigración a Hungría también es un fenómeno reciente que sigue siendo poco habitual en comparación con los países de la Europa septentrional. En este artículo resumimos los principales hallazgos, recomendaciones y herramientas prácticas desarrollados durante nuestro estudio de tres años.

La hepatitis viral en Europa: medidas preventivas de éxito

Las medidas de prevención primarias para la salud pública como el despistaje de VHB prenatal, la vacuna contra el VHB, los procedimientos médicos/dentales estériles, un suministro de sangre seguro y las actividades de reducción de daños entre personas que se inyectan

drogas (PWID) han evitado con éxito muchas transmisiones de hepatitis B y C en toda Europa. Sin embargo, la celeridad variable de su adopción ha tenido como resultado diferentes variaciones geográficas de prevalencia en Europa con el paso del tiempo; la prevalencia en la población general varía entre el 0,1% y el 5,6% para la infección de hepatitis B crónica y entre el 0,4% y el 5,2% para la hepatitis C crónica⁽³⁾. En términos generales, la carga de la enfermedad es baja en los países del Norte europeo y más alta en la región suroriental de Europa. Sin embargo, dado que las medidas de prevención primaria sirven de poco para aquellos que ya están infectados, sigue existiendo una gran carga de hepatitis viral crónica sin diagnosticar.

La hepatitis viral en Europa: el impacto de la inmigración

Europa, durante siglos exportadora de personas, no se convirtió en receptora hasta el último medio siglo. La migración tiene un importante impacto en las dimensiones física, mental y social de la salud, y presenta nuevos desafíos para la salud pública a las sociedades receptoras. De hecho, la mayor parte de las infecciones de hepatitis viral crónica en Europa recaen en personas nacidas en países donde la hepatitis B o C es endémica. En un análisis epidemiológico, encontramos que aunque los inmigrantes constituyen una minoría (aprox. 4-15%) de la población en los seis países del estudio HEPscreen, las cinco comunidades de inmigrantes más afectadas (definidas según el país de origen) representan aproximadamente entre el 10% y el 45% de la carga de hepatitis B crónica en estos países. En los países endémicos, el VHB se transmite con mayor frecuencia de madres a hijos durante el embarazo o en la primera infancia. Los equipos médicos, odontológicos o de afeitado no estériles constituyen los riesgos de exposición más habituales en las áreas en las que la hepatitis C es común. Sin embargo, dado que una amplia proporción de VHC en Europa también se encuentra entre las PWID, la infección se asocia a menudo con el consumo de drogas ilegales. Esto ha estigmatizado la infección y restado importancia a las necesidades de la salud de las personas de países endémicos.

Cuadro 1: Hallazgos y recomendaciones clave de HEPscreen

1. Es necesario aumentar el despistaje. Los ejemplos a pequeña escala limitados en el tiempo que identificamos no son suficientes para abordar adecuadamente el desafío que representa la hepatitis viral para la salud pública. Se necesitan urgentemente directrices y recomendaciones de políticas como primer paso.
2. Existen respuestas pragmáticas y a la vez sistemáticas cuya implementación resulta relativamente sencilla. Un ejemplo es el registro rutinario (pero voluntario) del país de origen en la atención primaria como parte de la historia médica. Esto puede mejorar el acceso al despistaje de la enfermedad hepática relacionada con la hepatitis viral entre personas de áreas endémicas.
3. Unas claras vías de derivación deben ocupar un lugar primordial en el diseño de las intervenciones de despistaje. Las vías muy complejas y a veces ineficaces para los pacientes, junto con la naturaleza compleja de la hepatitis viral, constituyen otros obstáculos relacionados con los pacientes y con la atención sanitaria a los que se enfrentan los grupos de inmigrantes. El vínculo efectivo con la atención especializada, incluido el tratamiento antiviral, resulta crucial para maximizar el posible impacto del despistaje sobre la salud.

Actividad actual de despistaje de hepatitis viral crónica en Europa

Fuera de Europa, las directivas nacionales de Canadá, Estados Unidos y Australia reconocen la necesidad de

despistaje entre las personas de los países endémicos. Investigamos la disponibilidad de directivas en Europa a través de una investigación bibliográfica y de un amplio estudio entre médicos expertos y profesionales de la salud pública. También investigamos las prácticas habituales de despistaje entre las poblaciones de riesgo, incluidos los inmigrantes de áreas endémicas. En los seis países europeos del HEPscreen, identificamos una directiva del Reino Unido sobre el despistaje de personas de áreas endémicas⁽⁴⁾. Nuestra evaluación de las prácticas habituales refleja este hecho: aparte del despistaje de VHB prenatal y de VHB/VHC de los donantes de sangre, no existe ningún otro despistaje sistemático de VHB/VHC en los seis países del estudio. Identificamos algunos ejemplos de buenas prácticas de despistaje entre personas de países endémicos, en su mayoría del Reino Unido o los Países Bajos, pero estos ejemplos siguen estando limitados en el tiempo y se realizan de forma aislada y a pequeña escala.

Las cuatro vías principales de despistaje

Un objetivo del proyecto era identificar y sintetizar el conocimiento fragmentado de las vías efectivas de despistaje entre las comunidades de inmigrantes. Como parte del HEPscreen Toolkit, realizamos una recopilación de ejemplos de buenas prácticas que identificamos. Existen cuatro vías principales de despistaje (cuadro 2). Cada método presenta implicaciones éticas, epidemiológicas, evaluativas y económicas. Los médicos de cabecera (MC), las enfermeras comunitarias y las clínicas de salud sexual están a menudo en una buena posición y situación de confianza para suscitar concienciación y ofrecer pruebas oportunistas a sus pacientes con factores de riesgo relacionados con su país de origen. En combinación con un programa existente de despistaje de enfermedades infecciosas como la tuberculosis (TB), se construye sobre infraestructura existente, que incluye el personal con capacitación para estas cuestiones. Cada modelo varía en ámbito y medios para suscitar la concienciación en la comunidad y proporcionar información a las personas a las que se ofrecen las pruebas. Por ejemplo, la información para el cono-

cimiento público y las sesiones y materiales educativos son una parte esencial de los modelos de despistaje con extensión comunitaria.

Cuadro 2: Los cuatro modelos principales de implementación del despistaje

1. **Basado en la extensión, combinando la educación y la sensibilización con las pruebas tanto en la comunidad como en un emplazamiento cerrado o fijo** como un lugar de trabajo o institución.
2. Ofreciendo **pruebas oportunistas de VHB/VHC como parte de otros encuentros de atención primaria**, p. ej. con MC, servicios de salud pública o clínicas de salud sexual.
3. **Ampliando iniciativas de despistaje existentes ya destinadas a los inmigrantes**, tales como el despistaje de TB para que incluya el de la hepatitis viral.
4. **Modelos basados en invitaciones que utilizan los registros de población municipales o de pacientes** como medio para incrementar el acceso al despistaje entre las personas nacidas en países con una endemidad de la hepatitis viral media/alta.

Acceso restringido al tratamiento entre los grupos vulnerables

Los obstáculos legales y de otro tipo a la atención sanitaria, tales como la vulnerabilidad socioeconómica y las condiciones inseguras de alojamiento o empleo se sugieren como explicaciones parciales de la falta de despistaje entre los inmigrantes. Estudios anteriores también detectaron un escaso uso de la atención sa-

nitaria preventiva⁽⁵⁾ y peores resultados de la hepatitis viral entre los grupos de inmigrantes⁽⁶⁾. Nos interesaba descubrir si hay restricciones formales de tratamiento en los seis países para los grupos de riesgo vulnerables como los solicitantes de asilo, los inmigrantes indocumentados, las personas sin seguro de salud y las PWID. Los resultados de un estudio realizado entre más de 60 especialistas en gastroenterología o de enfermedades infecciosas que participaban en la atención clínica directa de pacientes con hepatitis viral crónica muestran una clara falta de consenso entre los profesionales del mismo país acerca de qué pacientes tienen derecho a recibir qué cuidados. Este desacuerdo resultó especialmente sorprendente, dado que el sistema sanitario o la política sanitaria definen a menudo el acceso a tratamiento de estos grupos específicos. Nuestros resultados sugieren que la orientación sobre el derecho a la atención sanitaria no está clara, no está disponible o resulta desconocida para los profesionales implicados en mayor medida en el tratamiento de los pacientes. Una falta de consenso también podría ser una importante explicación, o de hecho la causa, de la existencia limitada de programas de despistaje destinados a estas poblaciones de mayor riesgo. La mayoría constató restricciones significativas en el tratamiento de inmigrantes indocumentados y personas sin seguro sanitario en el Reino Unido, Alemania, Países Bajos, Hungría y España; solo en Italia indicó la mayoría que había pocas restricciones o ninguna. Nuestros resultados sugieren que los grupos de riesgo como los inmigrantes indocumentados, las personas sin cobertura de seguro sanitario y los solicitantes de asilo son sometidos rara vez a despistaje de hepatitis viral, y si se detecta que presentan una infección crónica, no alcanzan la atención secundaria de forma fiable.

Acceso al tratamiento antiviral para la hepatitis B/C en Europa

El sistema de aprobación centralizado para las innovaciones farmacéuticas para enfermedades virales en Europa, la Agencia Europea de Medicamentos (EMA), evalúa solicitudes de aprobación para obtener autorizaciones de comercialización individuales en todos los

países de la UE. Sin embargo, las decisiones sobre la fijación de precios y el reembolso se suelen realizar a nivel nacional, y se han sugerido diferencias entre los Estados miembros en cuanto a disponibilidad, aceptación y uso de la nueva medicación, en especial para el VHC⁽⁷⁾. Utilizando el mismo estudio descrito más arriba, descubrimos que el uso de inhibidores de la proteasa del VHC de primera generación, boceprevir y telaprevir, está restringido significativamente o incluso por completo en Italia, España y Hungría a pesar de la aprobación a nivel europeo. Factores epidemiológicos, del sistema sanitario, clínicos y económicos ofrecen algunas explicaciones de este hecho. Desde nuestro estudio de 2012, se ha aprobado el uso de tres nuevos fármacos contra el VHC en Europa, que se espera que presenten un futuro desarrollo antiviral. Sin embargo, con unos costes esperados de más de 60 000 € por paciente, es probable que surjan diferencias en toda Europa acerca de la aprobación y el posterior uso de estas costosas opciones.

Información sanitaria en una Europa con diversidad lingüística y cultural

Proporcionar información precisa, apropiada y comprensible a las personas de países endémicos es un medio de suscitar concienciación, mejorar la aceptabilidad del despistaje, asegurar la decisión informada, normalizar las pruebas y atenuar los sentimientos de estigmatización, vergüenza y miedo. A fin de permitir que los profesionales sanitarios de toda Europa lo plasmen por escrito para las personas a las que se ofrecen las pruebas, HEPscreen ha desarrollado una herramienta para crear folletos multilingües. El contenido, culturalmente apropiado y fácil de entender, está disponible en 40 idiomas, que se pueden combinar libremente de dos en dos para generar un folleto informativo de la salud. Ha sido escrito especialmente para las personas con una formación limitada en materia de salud o provenientes de culturas en las que las normas y los valores sobre el sexo no seguro y el uso de drogas ilegales aumentan la estigmatización cuando la hepatitis viral está explícitamente asociada a estas vías de transmisión.

El Toolkit, un soporte práctico para la implementación

El HEPscreen Toolkit se basa en el reconocimiento cada vez mayor de la necesidad de una acción sistemática sobre la hepatitis viral. Las herramientas epidemiológicas de HEPscreen pueden ayudar a los responsables de planificación de la salud pública y a otros profesionales a estimar la carga entre las personas de los países endémicos, así como a comprender qué comunidades están más expuestas al riesgo de enfermedades hepáticas relacionadas con la hepatitis viral. Enfocar el despistaje a los grupos de mayor riesgo incrementa la oportunidad de encontrar casos positivos y hace un uso más eficaz de los escasos recursos de atención sanitaria. Conocer qué comunidades son las más afectadas puede contribuir a mejorar la experiencia de la comunidad local y ser utilizado para adaptar los enfoques a las normas y valores culturales, lingüísticos y sociales específicos. Como complemento, hay folletos informativos previos a las pruebas culturalmente apropiados y comprensibles en más de 40 idiomas. Una lista de verificación de la discusión previa a las pruebas, recopilada mediante investigación bibliográfica y estudio, puede ayudar a los profesionales sanitarios que ofrecen pruebas a debatir sobre la hepatitis viral con poblaciones cultural y lingüísticamente diversas. Las guías prácticas y los estudios de caso de las diferentes formas de despistaje pueden ayudar a diseñar programas de despistaje basados en evidencias. Una serie de indicadores y una guía para la evaluación pueden ayudar a monitorizar los programas de despistaje tras su implementación. Estos son algunos ejemplos de cómo los aspectos del HEPscreen Toolkit pueden sensibilizar, mejorar el conocimiento y motivar la acción para afrontar la crisis latente de la salud pública que representa la hepatitis viral en Europa.

Consenso científico: hora de pasar a la acción

El Estudio de la Carga Global de Enfermedad (2010) sitúa la hepatitis viral en el noveno puesto de la lista de causas de mortalidad, con una mayor carga de enfermedad en Europa que el VIH y la TB⁽⁸⁾. Los estudios también muestran que el despistaje en poblaciones con

Cuadro 3:

Aspectos clave de HEPscreen Toolkit

1. Vídeos y animaciones acerca del desafío de la hepatitis viral crónica para la salud pública
2. Herramientas epidemiológicas para evaluar la carga de la hepatitis viral crónica entre los inmigrantes
3. Guías orientativas, estudios de caso y vídeos sobre las diferentes formas de despistaje
4. Recopilación de proyectos de buenas prácticas de despistaje
5. Una herramienta para crear folletos multilingües para las personas a las que se ofrece despistaje de hepatitis B/C, disponible en más de 40 idiomas
6. Herramientas para ayudar a la atención primaria a ofrecer pruebas a sus pacientes de áreas endémicas, incluida una lista de verificación para la discusión previa las pruebas
7. Buenas prácticas recomendadas para el asesoramiento posterior a las pruebas y vinculación a la atención especializada

una expectativa de prevalencia del 2% o mayor es probable que resulte rentable⁽⁹⁾. Sin embargo, la hepatitis viral recibe una atención mucho menor por parte de la salud pública o la política que el VIH. La compleja historia epidemiológica y natural, el insuficiente apoyo en el campo, la crisis económica global y la inmensa presión sobre los gastos de la atención sanitaria son importantes explicaciones a este hecho⁽¹⁰⁾. El clima actual de austeridad económica, las resonancias de la xenofobia y la creciente demanda de recursos sanitarios no constituyen el marco ideal para abogar por la asignación de

recursos a la prevención secundaria de una afección limitada en su mayor parte a algunos de los miembros más marginados y vulnerables de la sociedad. Pero en medio de este debate ruidoso y altamente politizado, es nuestra responsabilidad como profesionales de la

salud pública articular la situación para la prevención de la enfermedad basada en evidencias y la promoción de la salud. Como dijo da Vinci: «Saber no es suficiente, debemos aplicar. Desear no es suficiente, debemos hacer.»

Referencias

1. World Health Organisation (WHO). Guidelines for the screening, care and treatment of persons with hepatitis C infection. 2014.
2. World Health Assembly (WHA). Hepatitis (WHA67.6). 2014.
3. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Hepatitis B and C in the EU neighbourhood: prevalence, burden of disease and screening policies. A Literature Review. 2010.
4. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Hepatitis B and C: ways to promote and offer testing to people at increased risk of infection. London: 2012.
5. Uiters E, Deville W, Foets M, Spreeuwenberg P, Groenewegen PP. Differences between immigrant and non-immigrant groups in the use of primary medical care; a systematic review. BMC health services research. 2009;9:76. Epub 2009/05/12.
6. Antonucci G, Mazzotta F, Puoti M, Angeletti C, Girardi E, Santantonio T, et al. Factors associated with access to antiviral treatment in a multicentre cross-sectional study of patients with chronic hepatitis B in Italy. J Viral Hepat. 2012;19(12):881-9. Epub 2012/11/06.
7. Lettmeier B, Muhlberger N, Schwarzer R, Sroczynski G, Wright D, Zeuzem S, et al. Market uptake of new antiviral drugs for the treatment of hepatitis C. J Hepatol. 2008;49(4):528-36. Epub 2008/08/07.
8. Cowie BC, Carville KS, MacLachlan JH. Mortality due to viral hepatitis in the Global Burden of Disease Study 2010: new evidence of an urgent global public health priority demanding action. Antiviral therapy. 2013;18(8):953-4. Epub 2013/06/13.
9. Hahne SJ, Veldhuijzen IK, Wiessing L, Lim TA, Salminen M, Laar M. Infection with hepatitis B and C virus in Europe: a systematic review of prevalence and cost-effectiveness of screening. BMC infectious diseases. 2013;13:181. Epub 2013/04/20.
10. The Economist Intelligence Unit. The Silent Pandemic: tackling hepatitis C with policy innovation. 2012 available from <http://www.economistinsights.com/sites/default/files/Thesilentpandemic.pdf>.