

Hepatitis C en personas en situación de sinhogarismo: buscando acceder a una población difícil de tratar

Rebeca Alfranca¹, Mercè Salvans¹, Carme López², Cristina Giral³, Marissa Ramírez⁴ y Fran Calvo⁵

¹Centro de Atención Primaria Santa Clara. Institut Català de la Salut. Girona. ²Unidad de Hepatitis. Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta. Girona. ³Centro de Atención Primaria Blanes. Institut Català de la Salut. Girona. ⁴Centro de Atención y Seguimiento a las Drogodependencias de Girona. Institut d'Assistència Sanitària. Girona. ⁵Departament de Pedagogia. Institut de Recerca sobre Qualitat de Vida. Universitat de Girona.

Recibido: 18/12/2020 · Aceptado: 07/01/2021

Correspondencia: Fran Calvo. Departament de Pedagogia. Institut de Recerca sobre Qualitat de Vida. Universitat de Girona. Pujada de Sant Domènec, 9. 17004 Girona. e-mail: fran.calvo@udg.edu

RESUMEN

Objetivo: el objetivo del estudio fue analizar el proceso de detección y tratamiento de la hepatitis C en personas en situación de sinhogarismo (PSH).

Métodos: se realizó un estudio transversal, observacional y analítico en un centro de Atención Primaria. El centro cribó y registró a los PSH con hepatitis C positiva y derivó al servicio de Digestología.

Resultados: un 8,3 % presentó serología positiva, seis de ellos pacientes ya tratados. De los no tratados, se consiguió tratar con éxito a un paciente. El 30,8 % del total no pudo ser localizado o no quiso participar.

Conclusión: la coordinación comunitaria y el uso de test rápidos mejoraría la detección.

Palabras clave: Persona sin hogar. Sinhogarismo. Virus hepatitis C. Exclusión social. Pobreza.

INTRODUCCIÓN

La eliminación de las hepatitis víricas en Europa para el año 2030 es un objetivo de la Organización Mundial de la Salud (4). Mientras, las personas en situación de sinhogarismo (PSH) presentan un mayor riesgo de infección del virus de la hepatitis C (VHC) (1), con tasas que oscilan del 4 al 36 % (2), muy por encima de la tasa española, del 1,7 % (3).

En España, el Plan Estratégico para el Abordaje de la Hepatitis C en el sistema nacional de salud ha permitido tratar a más de 140.000 pacientes desde 2015 (5). Dada la simplici-

dad y eficacia de los nuevos tratamientos, se ha conseguido reducir la incidencia y las complicaciones derivadas de la infección crónica por VHC (6). En la actualidad, en países desarrollados, la hepatitis C se concentra en las poblaciones difíciles de tratar, como las PSH.

El objetivo de este estudio es describir el proceso de detección y tratamiento de la infección por VHC en las PSH en Girona y analizar los factores que contribuyeron o dificultaron el desarrollo de la intervención.

MÉTODO

Diseño del estudio

Estudio transversal observacional y analítico que tuvo como población objeto de estudio el total de las PSH de la ciudad de Girona desde junio hasta noviembre de 2019. Se realizó un corte transversal de seis meses de las PSH atendidas por el albergue municipal para PSH. La muestra definitiva incluyó 133 PSH.

Procedimiento

En mayo de 2019, la Unidad Hospitalaria de Hepatitis C (UHH-C) contactó con el Centro de Atención Primaria de Salud (CAP) de referencia del albergue municipal de PSH de Girona para detectar a los infectados de VHC. En primer

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflicto de interés.

Alfranca R, Salvans M, López C, Giral C, Ramírez M, Calvo F. Hepatitis C en personas en situación de sinhogarismo: buscando acceder a una población difícil de tratar. Rev Esp Enferm Dig 2021;113(7):529-532

DOI: 10.17235/reed.2021.7737/2020

lugar, se revisaron las historias clínicas y se determinaron la situación serológica y los datos sociodemográficos de la muestra. Después se discriminó a los que tenían serología reciente negativa de los que la tenían positiva o no constaba.

A las PSH con VHC+ y carga viral aumentada se les citó en la UHH-C. A aquellas de las que no constaba serología se les ofreció una analítica y se les citó en el CAP. Desde equipos especializados del albergue, de calle y del CAP se monitorizó el seguimiento, cumplimiento y resultado final del tratamiento.

Aspectos éticos

Esta investigación está sujeta a las normas éticas de la Declaración de Helsinki. Los participantes fueron informados verbalmente y dieron su consentimiento para que sus datos pudieran ser utilizados, siempre de forma anónima y confidencial, con fines de investigación.

Análisis estadístico

Se usaron medidas de tendencia central y dispersión para la descripción de variables cuantitativas y frecuencias absolutas y relativas para las cualitativas. Para comparar medias se utilizó el test t de Student o U de Mann-Whitney para muestras independientes según normalidad, y se empleó el test Chi-cuadrado para las variables cualitativas. Se ajustó un análisis de regresión logística binaria con diagnóstico

como variable dependiente para determinar las variables predictoras del diagnóstico positivo.

RESULTADOS

De los 133 casos incluidos en el estudio, el 80,5 % fueron hombres ($n = 107$) y el 19,5 %, mujeres ($n = 26$). La media de edad fue de 45,4 años ($DE = 13,1$) y no se encontraron diferencias de edad según género (hombres = 44,8 años, $DE = 13,3$; mujeres = 47,6 años, $DE = 12,1$; $t = 0,96$; $gl = 131$; $p = 0,339$).

La revisión de historias clínicas determinó que 69 PSH (51,9 %) eran VHC-. De los restantes, es decir, el 48,1 % ($n = 64$), se confirmó VHC+ en once casos. De los once casos positivos, seis se habían tratado y eran alta con carga viral indetectable. De los cinco restantes, se trató un caso con éxito; los otros cuatro no se pudieron localizar o no quisieron ser tratados.

De los 53 sin analítica reciente (el 39,8 % del total de la muestra), se localizó a 12 y todos fueron VHC-. Por lo tanto, no se pudo realizar analítica a 41, porque no fueron localizados o no quisieron participar.

Del total de la muestra, el total de serologías positivas fue de once casos (8,3 %) y la detección de carga viral positiva fue de un caso (0,8 %) (Fig. 1).

No se encontraron diferencias de género o edad respecto estado diagnóstico del total de la muestra (Tabla 1). En

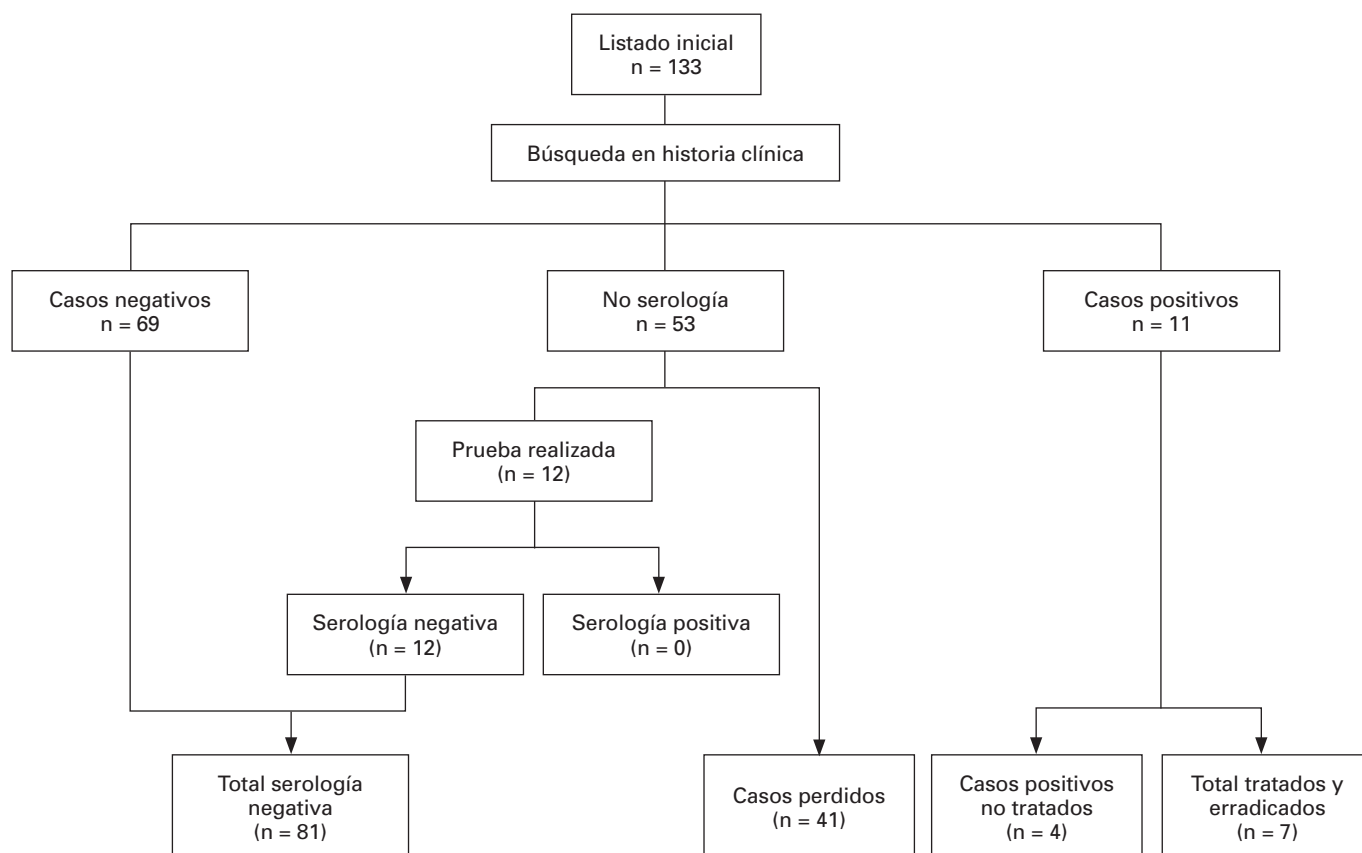


Fig. 1. Muestra.

Tabla 1. Diferencias del estado diagnóstico tras la intervención, según variables sociodemográficas

	Estado diagnóstico			Valores		
	Positivo	Negativo	No realizado	χ^2/F	gl	p
<i>Sexo, n (%)</i>						
Hombre	10 (9,3)	61 (57,0)	36 (33,6)	3,54	2	0,171
Mujer	1 (3,8)	20 (76,9)	5 (12,2)			
Total	11 (8,3)	81 (60,9)	41 (30,8)			
Edad, M (DE)	53,4 (8,5)	44,2 (12,4)	45,6 (14,7)	2,44	2	0,91

Tabla 2. Análisis de regresión logística binaria con la variable dependiente resultado diagnóstico virus hepatitis C (R^2 Cox y Snell = 0,059; R^2 Nagelkerke = 0,115)

	B	Error estándar	Wald	gl	p	Exp(B)
Constante	-5,245	1,593	10,84	1	0,001	0,005
Edad	0,066	0,030	4,933	1	0,026	1,069

cambio, al incluir en el análisis solamente aquellos casos de los que se pudo realizar analítica ($n = 92$), se halló que los VHC+ tenían una edad mayor que los VHC- (positivo = 53,4 años; DE = 8,5 vs. negativo = 44,2 años; DE = 12,5; U de Mann-Whitney = 5,58; gl = 1; $p = 0,02$).

El análisis de regresión logística binaria determinó una mayor edad como predictor de serología positiva (Tabla 2).

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio concluyeron que, aunque la mayoría de las PSH presentan una serología negativa para el VHC, el reporte de casos positivos fue casi cinco veces superior que en la población general (8,3 vs. 1,7 % respectivamente) (3). De los casos positivos, un número cercano a la mitad no pudieron ser tratados porque no fueron localizados o no aceptaron participar, a los que se sumó un número relevante de casos perdidos. Ello indicó dificultades destacables para llevar a cabo el seguimiento y el tratamiento de los casos.

Un estudio realizado en Dublín en 2017 cribó a 597 PSH (7) y encontró que 199 (un 33,3 %) presentaban serología positiva. A estos se les ofreció tratamiento y solo dos lo cumplieron con éxito. Otro estudio de Girona reflejó una tasa de VHC+ del 11,7 % (8). Ambas investigaciones presentaron una tasa más elevada que la encontrada en nuestro estudio, hecho que puede deberse a la disminución de la transmisión y la incidencia por la eficacia de los nuevos tratamientos realizados en esos tres años de diferencia.

Las PSH presentan particularidades que han de tenerse en cuenta en futuras intervenciones. La falta de vivienda o la vivienda inestable se considera una contraindicación para el tratamiento de VHC ya que dificulta el éxito de la intervención (9). El hecho de haber dormido en un albergue la noche anterior a un tratamiento mejora la adherencia y el éxito (10). La coordinación de los servicios sociales con los

servicios sanitarios mejora la accesibilidad y el cumplimiento del tratamiento.

En nuestro estudio, no se pudo realizar serología a un alto porcentaje. En parte, se debió a la dificultad para localizar a las personas. El hecho de que las analíticas en los centros de salud son a primera hora de la mañana y de que se ha de permanecer en la sala de espera hasta la extracción y compartir el espacio con otros pacientes manteniendo unas mínimas normas de conducta supone una dificultad añadida en esta población. Utilizar test rápidos en saliva de anticuerpos que se podrían realizar incluso en la calle ayudaría a mejorar la detección.

El número de pacientes infectados que consiguió completar el tratamiento fue también bajo, a pesar de la simplicidad de los tratamientos actuales y del poco seguimiento hospitalario que precisan. La coordinación entre la medicina de familia y las otras especialidades médicas, incluidos los servicios de salud mental, es necesaria en el manejo de las PSH (11). Debería mejorarse también el cumplimiento terapéutico facilitando la dispensación de antivirales en los centros de salud (12,13), los tratamientos directamente observados (14) o su supervisión por equipos de trabajadores/educadores sociales de calle.

No se pueden olvidar las ventajas de las tecnologías de la información y la comunicación, la eSalud, la mSalud y la telemedicina, que han demostrado mejorar la adhesión al tratamiento de PSH (15).

BIBLIOGRAFÍA

1. Tyndall M, Currie S, Spittal P, et al. Intensive injection cocaine use as the primary risk factor in the Vancouver HIV-1 epidemic. *AIDS* 2003;17:887-93. DOI: 10.1097/00002030-200304110-00014
2. Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet* 2014;384:1529-40. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)61132-6

3. Buti M, Calleja JL, García-Samaniego J, et al. Eliminación de la hepatitis C en España: adaptación de un modelo matemático de salud pública partiendo del plan estratégico para el abordaje de la hepatitis. *Med Clin* 2017;148:277-82. DOI: 10.1016/j.medcli.2016.12.018
4. World Health Organization. Europe's hepatitis challenge. *Bull World Health Organ* 2018;96:802-3. Consultado: 31 de agosto de 2020. Disponible en: <https://www.who.int/bulletin/volumes/96/12/18-021218.pdf>
5. Secretaría General de Sanidad y Consumo. Ministerio de Sanidad C y BS. Plan Estratégico para el Abordaje de la Hepatitis-C en el Sistema Nacional de Salud 2018. Consultado: 31 de agosto de 2020. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/hepatitisC/PlanEstrategicoHEPATITISC/home.htm>
6. Smith-Palmer J, Cerri K, Valentine W. Achieving sustained virologic response in hepatitis C: a systematic review of the clinical, economic and quality of life benefits. *BMC Infect Dis* 2015;1:1-19. DOI: 10.1186/s12879-015-0748-8
7. Lambert JS, Murtagh R, Menezes D, et al. "HepCheck Dublin": an intensified hepatitis C screening programme in a homeless population demonstrates the need for alternative models of care. *BMC Infect Dis* 2019;1:1-19. DOI: 10.1186/s12879-019-3748-2
8. Calvo F, Giralt C, Turró O. Tuberculosis, virus de la inmunodeficiencia humana y virus de la hepatitis C en población sin hogar. *Index Enfermería* 2017;25:248-52.
9. Fokuo JK, Masson CL, Anderson A, et al. Recommendations for implementing hepatitis C virus care in homeless shelters: the stakeholder perspective. *Hepatol Commun* 2020;4:646-56. DOI: 10.1002/hep4.1492
10. Fuster D, Gelberg L. Community screening, identification, and referral to Primary Care, for hepatitis C, B, and HIV among homeless persons in Los Angeles. *J Community Health* 2019;44:1044-54. DOI: 10.1007/s10900-019-00679-w
11. Ho SB, Bräu N, Cheung R, et al. Integrated care increases treatment and improves outcomes of patients with chronic hepatitis C virus infection and psychiatric illness or substance abuse. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2015;13:2005-14. DOI: 10.1016/j.cgh.2015.02.022
12. Wade AJ, Veronese V, Hellard ME, et al. A systematic review of community based hepatitis C treatment. *BMC Infect Dis* 2016;16:202. DOI: 10.1186/s12879-016-1548-5
13. Barocas JA, Beiser M, León C, et al. Experience and outcomes of hepatitis C treatment in a cohort of homeless and marginally housed adults. *JAMA Intern Med* 2017;177:880-2. DOI: 10.1001/jamainternmed.2017.0358
14. McDermott CL, Lockhart CM, Devine B. Outpatient directly observed therapy for hepatitis C among people who use drugs: a systematic review and meta-analysis. *J Virus Erad* 2018;4:118-22. DOI: 10.1016/S2055-6640(20)30255-7
15. Sulkowski M, Luetkemeyer AF, Wyles DL, et al. Impact of a digital medicine programme on hepatitis C treatment adherence and efficacy in adults at high risk for non-adherence. *Aliment Pharmacol Ther* 2020;51:1384-96. DOI: 10.1111/apt.15707