

ARTÍCULO DEL MES

(junio 2025)

Cribado de Hepatitis B y C y vinculación a la asistencia sanitaria en Barcelona de migrantes de países endémicos a través de una acción comunitaria

Dr. Jorge Valencia, Unidad de Medicina Interna, Hospital Universitario Infanta Leonor, Unidad de Reducción de Daños “SMASD”, Fundación para la Investigación e Innovación Biomédica, CIBERINFEC



Referencia original: Anna Not, Hakima Ouhaarab-Essadek, Marcos Montoro, Begoña Treviño, María Buti, Rosa M Morillas, Antoni E Bordoy, Cinta Folch, Xavier Majó, Jordi Casabona, Jordi Gómez I Prat, Elisa Martró. Hepatitis B and C Screening and Linkage to Care in Migrants From Endemic Countries in Barcelona Through a Community Action. *Liver Int.* 2025 Jun;45(6):e70126. doi: 10.1111/liv.70126.

Resumen: El estudio tiene como objetivo principal evaluar la viabilidad y los resultados de una intervención comunitaria (HepBClink) que combina educación, cribado y acceso simplificado a la atención sanitaria para la detección de hepatitis B (VHB) y hepatitis C (VHC) en migrantes procedentes de Pakistán, Rumanía y Senegal, tres países con alta prevalencia de estas infecciones. El estudio se desarrolló en la provincia de Barcelona entre 2021 y 2023, incluyendo a 786 participantes adultos, a quienes se les realizó pruebas rápidas para detección de HBsAg y anticuerpos frente al VHC. El reclutamiento fue realizado por 2 trabajadores de campo previamente entrenados y procedentes de cada uno de los tres países. En los casos positivos, se recogieron muestras de sangre seca (DBS) para confirmación virológica mediante PCR, y fueron remitidos a una Unidad de Salud Internacional (IHU) para confirmación diagnóstica e inicio de tratamiento de VHC, y referencia a un hospital para confirmación diagnóstica y valoración de inicio de tratamiento para los casos de VHB y enfermedad hepática avanzada producida por VHC.

En cuanto a los resultados, la prevalencia global de HBsAg fue de 3.8%, siendo mucho más alta en los migrantes procedentes de Senegal (8.2%), que comparado a la población general española es 37 veces más alta, mientras que en población rumana y pakistaní fue seis y cuatro veces más alta que en la población general española. La prevalencia de HCV-ARN fue de 0.76%, siendo cuatro y tres veces más alta en migrantes procedentes de Pakistán (0.86%) y Rumanía (0.73%), respectivamente en comparación a la población general. Del total de diagnósticos nuevos (23 para VHB y 6 para VHC), el 70% y 66% respectivamente fueron vinculados al sistema de salud, aunque solo dos pacientes con viremia por VHC recibieron tratamiento y alcanzaron la curación y solo 7 (58.3%) participantes con VHB asistieron a la consulta con el Hepatólogo en el hospital. No se encontraron diagnósticos de VIH y VHD en los participantes cribados.

En general, la aceptación del cribado comunitario fue alta (92.6%), aunque mostró menor aceptación a la intervención en los migrantes procedentes de Pakistán. La satisfacción con la intervención fue superior al 90% en la mayoría de las poblaciones sin mucha diferencia entre los participantes de diferentes países de origen. La tabla 2 del artículo muestra las prevalencias encontradas por cada país, y la figura 3 indica el número de personas necesarias a cribar para obtener un nuevo diagnóstico VHB o VHC.

TABLA 2 | Prevalencia observada del VHB y el VHC según el país de origen.

	Prevalencia, % (95 % CI)		
	Pakistán	Senegal	Romania
HBsAg	0,9 (0,2-2,7)	8,2 (5,5-12,1)	1,4 (0,3-5,8)
HCV-Ab	3,5 (1,9-6,1)	0,65 (0,1-2,6)	1,47 (0,3-5,8)
HCV-RNA	0,86 (0,2-2,7)	0,32 (0,2-2,1)	0,73 (0,4-4,6)

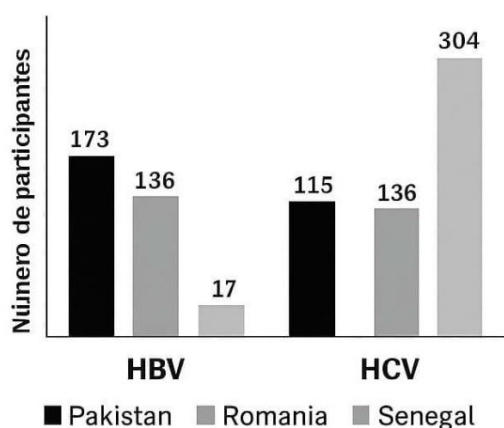


FIGURA 3 | Número de personas necesarias para detectar un nuevo diagnóstico de viremia por VHB o VHC. VHB, virus de la hepatitis B; VHC, virus de la hepatitis C



Comentario: Este artículo aporta información relevante sobre un aspecto poco explorado en la literatura: el cribado y la vinculación a la atención sanitaria de poblaciones migrantes desde un enfoque comunitario y culturalmente adaptado. La incorporación de trabajadores comunitarios de salud con conocimiento del idioma y cultura es clave para haber logrado un alto nivel de participación, superando barreras comunes como el idioma, la desconfianza institucional o la falta de conocimiento sobre estas infecciones. Aunque mayores esfuerzos en mejorar el conocimiento de estas infecciones a nivel comunitario y la promoción de la vacunación del VHB son necesarios, especialmente en población senegalesa. En ese sentido, estrategias de cribado que acerquen la prueba a esta población son urgentemente necesarias de ser implementadas, ya que globalmente menos del 10% de los participantes habían sido cribados previamente. Asimismo, en el estudio se observó que la mayoría de los participantes con infección por VHC desconocían su diagnóstico, y aunque todos los casos diagnosticados aceptaron la recolección de muestras por DBS, solo alrededor un tercio de ellos accedieron efectivamente al tratamiento, y la pérdida de seguimiento fue la razón principal en la mayoría de los casos. Esto subraya la importancia de utilizar circuitos asistenciales de acceso al tratamiento en el punto de atención.

Metodológicamente, el estudio se basa en un muestreo por conveniencia, lo que puede limitar su generalización a migrantes de otros países o contextos. No obstante, la descripción detallada del proceso de captación, la aplicación estandarizada del protocolo educativo y de cribado, y el seguimiento de los casos positivos confieren solidez al trabajo. Además, se utilizan herramientas diagnósticas validadas previamente, accesibles, y ampliamente recomendadas como las pruebas rápidas y los DBS.

Entre las fortalezas, destaca la estrategia de intervención integrada y de enfoque comunitario y cultural con mediadores de habla específica para la población intervenida, y que permitió alcanzar una mayoría de población no cribada previamente, y alcanzando porcentajes muy altos de aceptación de esta intervención. Además, el uso de los DBS permitió realizar la confirmación diagnóstica en un solo paso. También es notable la aplicación de indicadores de calidad como la proporción de vinculación a cuidados y el número de personas que deben ser cribadas para diagnosticar un nuevo caso, proporcionando un marco útil para evaluar la eficiencia del modelo.



En cuanto a las debilidades, uno de los principales retos fue la pérdida de seguimiento, particularmente en los pacientes con VHB. Esto se atribuye a factores como la movilidad, la falta de comprensión del proceso de seguimiento o la ausencia de cobertura sanitaria. Aunque los investigadores realizaron esfuerzos proactivos de seguimiento mediante llamadas y acompañamientos, esta barrera persiste y debería abordarse mediante estrategias de tratamiento más descentralizadas o simplificadas, como la administración directa en atención primaria, unidades móviles o centros especializados en salud internacional. Otro reto en la implementación de este estudio es el punto de corte para la detección de viremia de VHB por medio de los DBS que permitió detectarlo solo en el 50% de las muestras cuantificadas por plasma, y esto es debido a la presencia de VHB crónica con viremias bajas. Si bien es cierto el rango de detección por medio de DBS coincide con los criterios actuales de inicio de tratamiento (>2000 UI/mL), en el futuro es incierto si se implementarán modificaciones en los criterios de inicio de tratamiento VHB hacia puntos de corte menores, y que se requiera una cuantificación con umbral menor para la decisión de inicio o no de tratamiento. Finalmente, los autores mencionan en la metodología que los participantes seronegativos a VHB fueron derivados a un centro de vacunación internacional para ser vacunados; sin embargo, desconocemos el porcentaje de participantes que acudieron al centro, aquellos que recibieron al menos una dosis de vacuna y aquellos que completaron un esquema de vacunación completo. Sería interesante saber la aceptación de una estrategia conjunta de cribado, derivación hospitalaria de casos positivos y de prevención del VHB (a través de vacuna), ya que la población cribada tenía porcentajes muy bajos de vacunación y de conocimiento de estatus de vacunación (mayor en participantes procedentes de Senegal).

El estudio impacta directamente en la práctica asistencial al demostrar que es posible implementar un modelo de cribado efectivo fuera del sistema sanitario tradicional, logrando una alta aceptabilidad y rendimiento diagnóstico. También refuerza la necesidad de intervenciones dirigidas en migrantes procedentes de regiones endémicas, donde la prevalencia de infecciones víricas sigue siendo elevada en comparación con la población general. Además, evidencia una gran brecha en el conocimiento sobre el estado serológico y de vacunación de estas poblaciones, lo cual justifica la necesidad de incluir programas de inmunización y educación en salud dentro de las estrategias de cribado específicas para poblaciones de difícil acceso o con barreras culturales, lingüísticas o de acceso a salud.



Como ideas futuras de investigación, se sugiere explorar modelos de tratamiento inmediato en el lugar de cribado para minimizar pérdidas de seguimiento, así como estudios cualitativos para comprender mejor las barreras socioculturales que afectan la adherencia al seguimiento. También sería valioso evaluar una estrategia conjunta de este modelo comunitario vinculado con la atención primaria.

En conclusión, el artículo representa una contribución muy relevante y novedosa en la implementación de estrategias comunitarias para la detección precoz y vinculación al tratamiento de hepatitis B y C en una población vulnerable como es los migrantes. Su aplicabilidad en entornos urbanos con alta diversidad migratoria puede ser una herramienta clave para alcanzar los objetivos de eliminación de hepatitis viral propuestos por la OMS para 2030.