

Cartas al Director

Cribado *in situ* de la enfermedad de Chagas con una intervención comunitaria: ¿puede mejorar la accesibilidad al diagnóstico y al tratamiento?



On site-screening for Chagas disease supported by a community intervention: can it improve accessibility for diagnosis and treatment?

Sr. Director:

Los movimientos migratorios están convirtiendo la enfermedad de Chagas en un problema de salud pública mundial. En la mayoría de los casos no presenta signos ni síntomas, pero cuando tiene manifestaciones cardíacas, digestivas o nerviosas puede ser grave. En España existe un infradiagnóstico superior al 90%¹.

Es necesario adoptar medidas urgentes para detectar nuevos casos de transmisión congénita y atender los casos existentes². Diferentes estudios plantean la importancia de desarrollar intervenciones comunitarias activas para identificar casos con dificultades de acceso a los servicios de salud³.

Este trabajo es fruto de una intervención comunitaria activa realizada por el equipo de Salud Pública y Comunitaria del Programa de Salud Internacional del Instituto Catalán de la Salud (PROSICS) y el Hospital Universitario Vall d'Hebron (eSPiC), la Asociación de Amigos de las Personas Afectadas por la Enfermedad de Chagas (ASAPECHA) y una unidad móvil del banco de sangre y tejidos de Cataluña, durante un evento cultural multitudinario que la comunidad

boliviana celebra cada año, el 189 Aniversario de Bolivia, en Barcelona, el 3 de agosto del año 2014.

Se realizó un estudio descriptivo de prevalencia de la enfermedad de Chagas. Las personas fueron reclutadas mediante la intervención de agentes comunitarios de salud de eSPiC y educadores de iguales de ASAPECHA. Se les realizó la extracción de sangre para pruebas serológicas de *Trypanosoma cruzi* en la unidad móvil. Se recogieron las variables del estudio mediante un cuestionario, previo consentimiento informado. Los resultados se comunicaron en una visita médica programada. Los datos se trataron confidencialmente y se realizó un análisis descriptivo y bivariado.

Se reclutaron 169 personas bolivianas. De ellas, 30 (17,7%) se excluyeron al referir tener una prueba diagnóstica previa y ocho no quisieron participar. De las 131 (77,5%) que realizaron el cribado, 35 (26,7%) presentaron dos serologías positivas. El 54,3% eran mujeres, con una media de 39,5 años de edad, procedentes de Santa Cruz y Cochabamba, con un tiempo medio de estancia en España de 9,2 años. El 94,3% refería conocimientos sobre la enfermedad.

La prevalencia de la enfermedad de Chagas fue del 26,7%, y el 57,2% (20) de los casos siguieron controles posteriores (fig. 1).

Nuestros resultados son similares a los descritos en otros estudios⁴. Cabe señalar la elevada participación (77,5%) conseguida, entre otras razones, gracias a las acciones de captación realizadas por los agentes comunitarios y ASAPECHA, así como por la presencia de una unidad móvil. Además, el estudio corroboró el infradiagnóstico de la enfermedad de Chagas existente en España, ya que solo el 17,7% refirieron cribado previo.

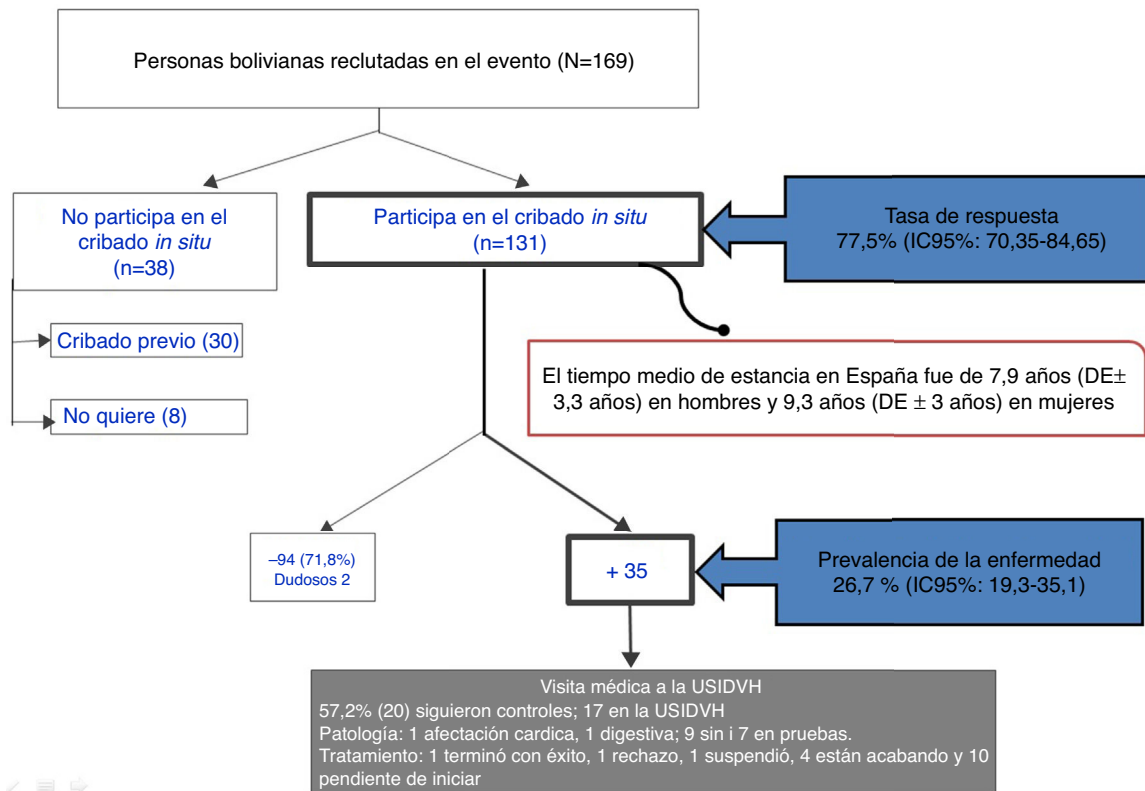


Figura 1. Algoritmo de los resultados de la acción comunitaria del cribado *in situ* de la enfermedad de Chagas en el evento cultural del día 3 de agosto de 2014.

El 66,7% de los que refirieron tener la enfermedad no estaban siguiendo ningún control médico, y el 42,8% de los diagnosticados no acudieron a las visitas de control. Esto puede explicarse por diferentes barreras de acceso a los servicios de salud o por motivos de carácter sociocultural descritos en algunos estudios⁵.

A pesar de las limitaciones de este estudio, tales como el tiempo transcurrido entre la acción del cribado *in situ* y la comunicación de los resultados (de 1 a 4 meses), y el escaso periodo de reclutamiento (6 horas), dicha acción ha tenido un gran éxito en el grado de participación.

Este trabajo evidencia la necesidad de promover acciones de cribado *in situ*, en espacios comunitarios, para facilitar el acceso al diagnóstico y contribuir a disminuir el infradiagnóstico actual en contextos donde la prevalencia y la existencia de barreras de acceso al diagnóstico y al tratamiento lo recomienden.

Contribuciones de autoría

Concepción y diseño del estudio: H. Ouaarab Essadek, I. Claveria Guiu, J. Caro Mendivelso y J. Gómez i Prat. Revisión de la metodología: I. Barrabeig y M. Navarro. Gestión de la unidad móvil: Conxita Pastoret. Gestión de las muestras de sangre al laboratorio: E. Sulleiro. Materialización de la intervención: I. Claveria Guiu, J. Caro Mendivelso, H. Ouaarab Essadek y J. Gómez i Prat. Análisis de los datos: J. Caro Mendivelso. Escritura del trabajo: H. Ouaarab Essadek, I. Claveria Guiu, J. Caro Mendivelso y J. Gómez i Prat. Todos/as los/las autores/as aprobaron la versión final de este trabajo.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- Basile L, Jansa JM, Carlier Y, et al. Chagas disease in European countries: the challenge of a surveillance system. *Euro Surveill*. 2011;16:1-10.
- World Health Organization (WHO). Working to overcome the global impact of neglected tropical diseases: first WHO report on neglected tropical diseases. Geneva: WHO; 2010. ReportNo.: WHO/HTM/NTD/2010.1. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564090_eng.pdf
- Velarde M, Avaria A, Gómez J, et al. Need of comprehensive health care for T. cruzi infected immigrants in Europe. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2009;42 (Supl II):92-5.
- Navarro M, Pérez-Ayala A, Guionnet A, et al. Targeted screening and health education for Chagas disease tailored to at-risk migrants in Spain, 2007 to 2010. *Eurosurveillance*. 2011;16:1-5.
- Ventura-García L, Roura M, Pell C, et al. Socio-cultural aspects of Chagas disease: a systematic review of qualitative research. *PLoS Negl Trop Dis*. 2013;7:e2410.

Hakima Ouaarab Essadek^{a,*}, Isabel Claveria Guiu^{a,b},
Johanna Caro Mendivelso^a, Elena Sulleiro^c,
Conxita Pastoret^e, Miriam Navarro^d, Irene Barrabeig^f
y Jordi Gómez i Prat^{a,b}

^a Unidad de Salud Internacional Drassanes-Vall d'Hebron PROSICS, Barcelona, España

^b Asociación de Amigos de las Personas con Enfermedad de Chagas (ASAPECHA), Barcelona, España

^c Servei de Microbiologia, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España

^d Fundación Mundo Sano, Madrid, España

^e Banc de Sang i Teixits de Catalunya, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, Barcelona, España

^f Agencia de Salud Pública de Cataluña, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: houaarab@vhebron.net (H. Ouaarab Essadek).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.04.007>
0213-9111/

© 2017 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

¿Cómo ven los residentes y los estudiantes de medicina los conflictos de intereses en la clínica?



How do residents and medical students regard conflicts of interest in clinics?

Sr. Director:

En la clínica se produce un conflicto de intereses cuando la atención al paciente se ve influenciada indebidamente por un interés secundario del profesional¹. Los intereses secundarios más reconocibles son los económicos, aunque también pueden estar relacionados con la investigación, la formación, la carrera profesional, el prestigio social, las creencias religiosas, los vínculos familiares, etc.² La presencia de un conflicto de intereses, sea real, aparente o potencial, supone un riesgo para la relación de confianza y la salud de los pacientes, por lo que el profesional debería saber identificarlo, comprenderlo y atenuarlo. La declaración de conflictos de intereses se ha generalizado en los últimos años, tanto en congresos como en revistas científicas³⁻⁵; sin embargo, en la relación clínica es anecdótica y tampoco parece ser un tema tratado en las facultades de medicina, lo que hace pensar que el problema persistirá en el futuro.

Hemos tratado de explorar la percepción que tienen sobre los conflictos de intereses estudiantes y residentes de medicina, mediante una encuesta con 13 afirmaciones con las que debían mostrar su grado de acuerdo, en una escala de 1 (nada) a 5 (totalmente). La encuesta, voluntaria y anónima, fue propuesta a 40 alumnos/as de 4º curso de medicina en prácticas hospitalarias y a 32 residentes de primer año, de diversas especialidades, durante un curso de bioética.

Analizamos 64 respuestas (32 residentes y 32 alumnos/as), cuyos resultados principales se muestran en la [tabla 1](#). Observamos que la mitad de las personas encuestadas no ven conflictos de intereses en la medicina asistencial, que el 52% no consideran necesario declarar los intereses potenciales, que para el 59% no supone un conflicto de intereses el trabajo simultáneo público-privado y que la mayoría (83%) no han recibido información sobre este tema. Los/las residentes parecen ser más conscientes que los/las estudiantes de la frecuencia de los conflictos de intereses en general (69% vs. 34%; $p=0,009$), en la investigación (94% vs. 75%; p no significativa [NS]) y en la asistencia (63% vs. 38%; $p=NS$), y reconocen mejor los conflictos de intereses económicos, como el trabajo simultáneo en la sanidad pública y privada (53% vs. 28%; $p=0,049$) y la remuneración por paciente en ensayos clínicos (84% vs. 75%; $p=NS$). Por otro lado, los/las estudiantes son más proclives a declarar los conflictos de intereses reales (78% vs. 69%; $p=NS$) y los potenciales