

Incidencia de la hepatitis crónica por VHC y necesidad de tratamiento en los internados de prisión

A Marco Mouriño

Programa VIH/SIDA.

Centro Penitenciario de Hombres de Barcelona.

RESUMEN

Los estudios realizados en población reclusa muestran porcentajes de infección 16-20 veces superiores a los de la población no penitenciaria, aunque trabajos recientes sugieren que se ha producido una reducción en los últimos años y que la prevalencia de infección por el VHC en la población reclusa probablemente se sitúe en la actualidad en torno al 36%-38%. El VHC comparte con el VIH las mismas vías de contagio y por ello la coinfección VIH-VHC es muy frecuente especialmente entre los reclusos. En el medio penitenciario, para el seguimiento clínico y terapéutico de esta enfermedad pueden utilizarse los *Protocolos de Coordinación entre Servicios Sanitarios Penitenciarios y Hospitales de referencia*, editados por la SESP y recientemente premiados por la OMS, y el *Documento de Consenso para la Sanidad Penitenciaria (Programa Actualización en el Tratamiento de la Hepatitis C)* con el aval científico de las sociedades científicas AEEH, GESIDA y SESP.

La dificultad del manejo del tratamiento y la frecuencia e incluso gravedad de posibles efectos adversos, hacen muy recomendable que las decisiones sean adoptadas por un equipo intra-extrapenitenciario de carácter multidisciplinar.

Palabras Clave: Hepatitis C, Infecciones por VIH, Prisión, Epidemiología/Hepatitis C.

INCIDENCE OF HCV INDUCED CHRONIC HEPATITIS AND THE NEED FOR TREATMENT IN THE PRISON POPULATION

ABSTRACT

Studies carried out amongst prisoners show levels of infection that are 16-20 times higher than amongst the general public, although recent studies indicate that in recent years this number has gone down. Current prevalence of HCV infection amongst prisoners is presently somewhere in the region of 36%-38% of the total prison population. HCV shares the same transmission routes as HIV and thus HIV-HCV coinfection is common, especially amongst inmates. For clinical and therapeutic follow-up the following tools can be used: *the Coordination Protocols between Prison Health Services and Hospitals (Protocolos de Coordinación entre Servicios Sanitarios Penitenciarios y Hospitales de referencia)*, published by the SESP and a recent WHO award winner; and the *Document of Consensus for Prison Health (Program to Update the Treatment of Hepatitis C)*, (*Documento de Consenso para la Sanidad Penitenciaria (Programa Actualización en el Tratamiento de la Hepatitis C)*) which is backed by scientific societies such as the AEEH, GESIDA and the SESP.

The difficulties inherent in the treatment process and the frequency and possible severity of side effects, make it highly recommendable that any decisions be made by a multi-disciplinary team that can function both inside and outside prison

Key Words: C Hepatitis, HIV Infections, Prison, C Hepatitis/Epidemiology.

Texto recibido: junio de 2006

Texto aceptado: octubre de 2006

INTRODUCCIÓN

Una alta proporción de la población penitenciaria española procede del denominado “cuarto mundo”, que acoge bolsas de marginación y pobreza situadas sobre todo en la periferia de las grandes ciudades. Habitualmente, en estas zonas se combinan las malas condiciones de vida y el bajo nivel cultural y predominan tanto las enfermedades propias de los países subdesarrollados (enfermedades transmisibles) como las de origen sociocultural (alcoholismo y drogodependencias, entre otras). En España, país en el que la población reclusa ha crecido extraordinariamente (en Cataluña, por ejemplo, el incremento de internos en el periodo 1985-2005 fue superior al 500%), este aumento ha sido progresivo y se ha relacionado con dos fenómenos relevantes: por un lado, con el consumo y el tráfico de drogas ilegales y, por otro, con el auge de procesos migratorios no regularizados.

Aunque se ha observado en nuestro país en los últimos años una reducción del número de consumidores endovenosos de drogas que ingresan en prisión, probablemente debido a cambios en el patrón de consumo de los drogodependientes y a la extensión de los programas de tratamiento con metadona, el porcentaje de los ingresados que refiere ser usuario de drogas por vía parenteral (UDVP) continúa siendo alto (22%)¹ y superior al que presentan países de similar nivel socioeconómico. Por ello, y a pesar de que la juventud de gran parte de los internados haría pensar en una población en general sana, la realidad es que el colectivo penitenciario presenta graves carencias en materia de salud, por el consumo de drogas “per se” y también por la adquisición de infecciones frecuentes en los consumidores (hepatitis virales, tuberculosis, infección por el VIH, etc), por la falta de hábitos sa-

ludables y por la alta prevalencia de trastornos psiquiátricos, principalmente. Actualmente, de todas ellas, la que ocasiona una mayor mortalidad, incluso en el grupo de infectados por el VIH, es la hepatitis crónica por VHC (HCC), a cuyo impacto y potencial control en el medio penitenciario nos vamos a referir a continuación.

PREVALENCIA DE LA INFECCIÓN POR VHC EN POBLACIÓN PENITENCIARIA

La hepatitis C no es una enfermedad de declaración obligatoria y, por lo tanto, sólo hay datos indirectos sobre su incidencia. Sin embargo, la prevalencia estimada de infección por el VHC (que en España se calcula es del 2,6%) y su historia natural permiten estimar razonablemente la magnitud del problema, que es descrito por la OMS como prioritario en el campo de la patología infecciosa. Los estudios realizados en población reclusa muestran porcentajes de infección 16-20 veces superiores (42%-54%^{2, 3}) a los de la población no penitenciaria (tabla I), aunque trabajos recientes^{2, 4} sugieren que se ha producido una reducción en los últimos años y que la prevalencia de infección por el VHC en la población reclusa probablemente se sitúe en la actualidad en torno al 36%-38%. Ello se debe posiblemente al descenso de ingresos UDVP en prisión —ya comentado anteriormente— y también a la mayor entrada de población extranjera, porcentualmente menos drogodependiente y con menor uso de la vía parenteral que la población española. No obstante, y a pesar del descenso de prevalencia citado, un cálculo sencillo permite deducir que las prisiones acogen alrededor de 25.000 infectados del millón que se calcula que hay aproximada-

Autor	Región	Muestra	Año	Prevalencia (%)
Ingresados en prisión durante un periodo				
Martin V	Noroeste	1214	12/94-12/95	47,9
Pallás JR	Cantabria	761	1/97-5/98	38
Sánchez Zambrano J	Granada	601 (UDI)	6/94-6/96	94,5
Corte transversal				
Añón C	Valencia	750	1991	44,9
Borraz JR	Cantabria	438	1993	54,2
Saíz de la Hoya, P	Alicante	800	2001	38,2
García-Boyer	Valencia	81 (UDI)	1993	93,8
Marco A	Barcelona	65 (UDI)	2002	95,4

Fuente: Saíz de la Hoya P, et al².

Tabla I. Seroprevalencia de infección por el virus de la hepatitis C en prisiones españolas.

mente en España. Dicho de una forma que representa más gráficamente el problema: el colectivo penitenciario, que es el 0,15% de la población, aporta el 2,5% de los infectados españoles. Y si se tiene en cuenta el elevado recambio de población reclusa, estas cifras pueden alcanzar incluso los 50.000 infectados/año; es decir, que el 5% del total de infectados se concentra en el 0,3% de la población española que se encuentra en prisión (figura I)⁴.

Comparativamente, y a diferencia de lo que ocurre con la infección por el VIH, la prevalencia de infección por el VHC observada en población reclusa en España es próxima a la de la población penitenciaria de otros países desarrollados como USA, Australia, Canadá, Portugal o Italia (tabla II). El principal factor de riesgo asociado al VHC, tanto en presos españoles como extranjeros, es el hábito de compartir material de inyección en la población UDVP^{2,5}. El VHC comparte con el VIH las mismas vías de contagio y por ello la coinfección VIH-VHC es muy prevalente. Existen evidencias de que el consumo de drogas en algunos casos continúa dentro de la prisión^{2,6,7}

y a menudo en condiciones no asépticas, sobre todo en aquellos centros que carecen de programas de administración e intercambio de jeringas. La transmisión intrapenitenciaria del VHC y del VIH es, por consiguiente, posible en el colectivo preso drogodependiente y probablemente menos frecuente en otros grupos de reclusos^{6,7}. El VIH es más infectivo por vía sexual, pero el VHC es más infectivo por vía sanguínea que el VIH. Por ello, la mayoría de UDVP adquiere la infección por el VHC rápidamente, a veces antes que la del VIH. Ello explica que algo más del 50% de los infectados por el VHC en prisión esté además infectado por el VIH, pero que, sin embargo, más del 90% de los infectados por el VIH esté además infectado por el VHC⁸.

Se estima que en la población reclusa española la tasa de coinfección es del 17-19%^{2,4}; es decir, que afecta a 10.000-13.000 personas en números absolutos, lo que representa aproximadamente el 20% del total de coinfectados españoles. Un reciente estudio² ha observado que los presos coinfectados son de mayor edad, ingresaron antes en prisión, comenzaron a

País	N (UDVP)	Prevalencia VHC (UDVP)	Prevalencia VIH (UDVP)	Referencia
Hamedan (Irán)	427 (34,9%)	30%	0,9%	Alizadeh AH et al. World J Gastroenterol 2005
Japón	504	4,3 (63%)		Nara K et al. Nippon Koshu Eisei Zasshi 1997
Taiwan	577 (73,3)	74,9 (89,8%)		Liao KF et al. South Med J 2006
New South Wales	408	37 (66%)		Butler TG et al. Med J Aust 1997
South Australian	1347	30,2		Miller ER et al. J Infect 2005
Australia	3627 (46)	39 (64%)	0,47%	Crofts N et al. BMJ 1995
Sao Paulo (Brasil)	631	34%	16%	Massad E et al. Eur J Epidemiol 1999
Sao Paulo (Brasil)	756	41%	13,7%	Guimaraes T et al. Brazil Infect Dis 2001
Durango (México)	181	10	0,6%	Alvarado-Esquivel C et al. Epidemiol Infect 2005
Canadá	354	33%	2%	Ford PM et al. QJM 2000
Texas (USA)	3712	35,1		Baillargeon J et al. Public Health 2003
USA		34%		Macalino GE et al. Clin Infect Dis 2005
Rhode Island (USA)	4269	23,1	1,8%	Macalino GE et al. Am J Public Health 2004
Maryland (USA)	3914	29,7%	6,6%	Solomon L et al. J Urban Health 2004
California (USA)	469	34,3 (65,7%)		Fox RK et al. Clin Infect Dis 2005
Gana	281	19,2%	19,2%	Adjei AA et al. J Med Microbiol 2006
Dinamarca	325 (43%)	(87%)	0%	Christensen PB et al. Eur J Epidemiol 2000
Portugal	788 (40)	42 (70%)	6%	Passadouro R. Acta Med Port 2004
Italia	973 (30,4)	38	7,5%	Barbudieri S et al. J Med Virol 2005
Bolonia (Italia)	433 (33,9%)	31,1	12,5%	Sabbatani S et al. Epidemiol Prev 2004
EIRE (9 prisiones)	1366	37	2%	Allwright D et al. BMJ 2000
Irlanda	607 (29)	22%	2%	Long J et al. BMJ 2002

Fuente: Saíz de la Hoya P, et al.

Tabla II. Seroprevalencia de infección por el virus de la hepatitis C y por el VIH en prisiones no españolas.

Grupo	Riesgo de infección	Recomendación de cribado antiVHC
UDVP	Alto	Sí
Receptores de factores de coagulación antes de 1987	Alto	Sí
Pacientes con hipertransaminemia	Alto	Sí
Infectados por el VIH	Alto	Sí
Receptores de sangre u órganos antes de 1992	Medio	Sí
Pacientes en hemodiálisis	Medio	Sí
Pacientes intervenidos de cirugía mayor antes de 1992	Medio	Sí
Personas con enfermedades hepáticas sin diagnosticar	Medio	Sí
Donantes de órganos o tejidos	Medio	Sí
Población penitenciaria	Medio	Aconsejable
Recién nacidos de madres infectadas	Medio	Después de 12-18 meses
Personal sanitario	Bajo	Sólo si se produce exposición
Personas promiscuas	Bajo	No
Pareja sexual estable de infectado	Bajo	No

Fuente: Saíz de la Hoya P et al¹⁵.

Tabla III. Recomendación de cribado antiviral de la hepatitis C según grupo y probabilidad de riesgo de infección

consumir a edades más tempranas y han compartido con mayor frecuencia jeringuillas en prisión.

CARACTERÍSTICAS DE LA INFECCIÓN POR EL VHC EN POBLACIÓN RECLUSA

Aunque la historia natural de la hepatitis C puede ser benigna, especialmente tras pocos años de evolución, la aparición a largo plazo de lesiones graves e irreversibles es frecuente. Por ello, es necesario identificar a los posibles afectados y seleccionarlos según grado de lesión y potencial respuesta terapéutica para, posteriormente, tratar a los susceptibles de tratamiento. Los cribados generalizados para la detección de infectados suelen estar desaconsejados. No obstante, dada la elevada prevalencia de infección por VHC en población penitenciaria, parece recomendable ofertar siempre al ingreso en prisión la práctica de serología antiVHC, sobre todo y muy especialmente a aquellos subgrupos (UDVP y otros) identificados como de alto riesgo de infección⁹ (tabla III).

Como ya se ha comentado, mayoritariamente los reclusos han adquirido la infección por el VHC mediante el uso compartido de material de inyección; en un gran porcentaje (> del 75%) en el primer año de drogadicción. Se estima, además, que más del 70% de los actuales UDVPs o exUDVPs iniciaron el consumo endovenoso hace 15-20 años y que aproximadamente el 45-55% están coinfectados por el VIH^{2, 4}. Por consiguiente, es previsible que algunos ya presenten, dado el tiempo transcurrido desde la primoinfec-

ción y la alta tasa de coinfección existente, formas moderadas o avanzadas de fibrosis¹⁰, como ha sido observado por Murcia et al¹¹, y también es probable que en los reclusos la incidencia de enfermedades hepáticas graves asociadas al VHC aumente en los próximos años. Los factores que en el estudio citado de Murcia et al se asociaron significativamente a enfermedad hepática moderada o grave fueron el mayor tiempo de consumo endovenoso de drogas y los niveles más elevados de alteración de ALT y AST.

Hay además otras características frecuentes en la población penitenciaria y que tienen trascendencia en cuanto a progresión de la enfermedad o predicción de la respuesta viral sostenida (RVS). Estos son: a) el sexo masculino (con peor progresión de la infección); b) el antecedente de abuso de alcohol (el factor más relacionado con una mala evolución de la enfermedad); c) la alta prevalencia de trastornos psiquiátricos (que pueden complicar e, incluso en algunos casos, contraindicar el tratamiento); y d) la frecuente infección por los genotipos 1 ó 4 (65-70% de los casos^{4,12}), que se asocia a una tasa menor de RVS.

Es de resaltar, también y como ya se ha comentado, la frecuente coinfección VHC-VIH, que incrementa la transmisión del VHC, dificulta el manejo terapéutico por las potenciales interacciones farmacológicas y la hepatotoxicidad del TARGA, y afecta negativamente la evolución de la infección por VHC en todos sus aspectos, ya que altera la respuesta inmunológica frente al VHC, aumenta el ARN del VHC, incrementa la lesión histológica y genera una evolución clínica más rápidamente progresiva.

TRATAMIENTO EN LOS INTERNADOS DE PRISIÓN

La HCC es una enfermedad compleja que tiene al hígado como principal órgano diana de la infección, pero que no es el único órgano dañado, y que, por éste y otros motivos, es considerada una enfermedad cuya atención no corresponde en exclusiva al hepatólogo¹³. Suele recomendarse que el control sea multidisciplinario (médico de familia, psiquiatra, hepatólogo, enfermero, etc.) y que el manejo se realice en función de protocolos periódicamente actualizados. En el medio penitenciario, para el seguimiento clínico y terapéutico de esta enfermedad pueden utilizarse los *Protocolos de Coordinación entre Servicios Sanitarios Penitenciarios y Hospitales de referencia*¹⁴, editados por la SESP y recientemente premiados por la OMS, y el *Documento de Consenso para la Sanidad Penitenciaria (Programa Actualización en el Tratamiento de la Hepatitis C)*¹⁵ con el aval científico de las sociedades científicas AEEH, GESIDA y SESP.

Todos los pacientes con HCC, dado el riesgo de progresión a cirrosis, deben ser evaluados para tratamiento. En los coinfectados por el VIH, la progresión se produce en un periodo de tiempo más corto y, además, el riesgo de presentar hepatotoxicidad por TARGA se incrementa de 2 a 10 veces. La evaluación de los afectados por HCC debe realizarse por profesionales con la adecuada formación y preparación. Para ello, el sistema sanitario penitenciario debe garantizar, según las Autoridades Internacionales, el principio de equivalencia. Es decir, que la población privada de libertad debe tener acceso a unos servicios sanitarios de igual calidad que los del resto de la población³. Sin embargo, el traslado periódico de miles de reclusos a control hospitalario es inviable y además, en muchos casos, un elemento prescindible. Aunque la coordinación con los servicios hospitalarios es fundamental, la atención debe prestarse mayoritariamente en el propio centro penitenciario, gestionándose los traslados con criterios de necesidad y prioridad. De este modo, se reducen los desplazamientos, se evitan trastornos a los internos y a las instituciones, se minimizan los costes económicos y, en definitiva, se optimiza la gestión asistencial. Además, se facilita la accesibilidad y se favorece la proximidad, permitiendo, cuando se precisa, una asistencia inmediata⁸.

Aunque la tasa de infección por VHC es muy elevada en los presos españoles, sólo una parte de estos pacientes —que algún estudio ha estimado en aproximadamente el 32%¹⁶— cumple criterios para iniciar tratamiento. Sin embargo, la tasa de tratamientos

prescritos aún habiéndose incrementado en los últimos años (en Cataluña ha pasado del 1,2% en el 2004 al 2,5% en abril de 2006) continúa siendo muy baja, como ocurre también en otros países, como el Reino Unido, donde la tasa de tratamientos alcanza sólo el 7% de los RNA VHC positivos ingresados en prisión¹⁷. Las causas de este bajo número de prescripciones presumiblemente guardan relación con la aceptación o rechazo del paciente, las dificultades inherentes al medio penitenciario y las contraindicaciones del tratamiento (tabla III). Algunas de estas causas son inevitables y, por tanto, no modificables, pero otras pueden ser mejoradas, de forma que la población internada pueda beneficiarse de un tratamiento que ha incrementado de forma sustancial la RVS y ha permitido erradicar la infección en más del 60% de los casos. Es de destacar, a este respecto, que las principales limitaciones para el tratamiento de la HCC permiten la intervención y mejora, ya que están relacionadas con el régimen penitenciario: estancias breves, movilidad intercentros, razones de seguridad, etc. La estancia en reclusión puede condicionar el proceso terapéutico y también la relación del interno con el equipo sanitario. Algún estudio¹⁸ ha demostrado que ya en la época pre-pegilación, las causas penitenciarias eran el principal motivo de retirada del tratamiento, 1,6 veces más que el incumplimiento —a pesar de la peor dosificación del interferón estándar—, y 4,3 veces más que los efectos indeseables asociados a la terapia.

Es de resaltar que en nuestro país la estancia en prisión suele ser breve, especialmente en centros que acogen internos preventivos, y es frecuente que haya traslados entre centros penitenciarios y excarcelaciones, lo que dificulta el control de los pacientes. Por ello, puede ser conveniente —como se ha sugerido en alguna revisión³— seleccionar adecuadamente a la población penitenciaria que podría recibir tratamiento para la HCC, y si es previsible que el recluso cambie de prisión o finalice su período de encarcelamiento en los próximos meses, optar en la mayoría de las ocasiones por demorar la decisión terapéutica al objeto de evitar inclusiones en las que no se pueda garantizar mínimamente la continuidad del tratamiento. Para aquellos casos en que las previsiones fallen, parece imprescindible establecer flujos adecuados de coordinación tanto con otros centros penitenciarios como con dispositivos extrapenitenciarios, de forma que haya, en caso de traslados intercentros o excarcelaciones, información ágil y precisa entre los diferentes centros que intervengan en el seguimiento de los pacientes.

Finalmente, las dos principales contraindicaciones para el tratamiento de la HCC en población re-

clusa son el consumo de drogas y los trastornos psiquiátricos. En cuanto al primero, el frecuente abandono del tratamiento en los pacientes consumidores de drogas o que abusan del alcohol desaconseja la inclusión de éstos hasta no mantener al menos un año de abstinencia¹⁹. Aunque los pacientes en programa sustitutivo con metadona han sido, hasta hace no mucho tiempo, excluidos también de los ensayos clínicos terapéuticos de la HCC, actualmente este tipo de terapia no sólo no se considera que contraindique el tratamiento sino que, incluso, se estima que puede ser un instrumento eficaz para conseguir la estabilización de este tipo de pacientes y puede ayudar a controlar o mejorar la adherencia terapéutica.

El segundo gran bloque de contraindicaciones al tratamiento de la HCC en prisión, lo constituyen los antecedentes de trastornos psiquiátricos, altamente prevalentes en población reclusa. Por ello, y por la frecuencia de complicaciones psiquiátricas secundarias al tratamiento —más frecuentes todavía en los que presentan antecedentes previos²⁰—, se ha sugerido que los pacientes a incluir en tratamiento de HCC tendrían que ser evaluados previamente por un especialista en psiquiatría, que debería formar parte del equipo multidisciplinar. Se estima, por otro lado, que las complicaciones de la esfera mental pueden aparecer en más del 20% de los pacientes tratados (hasta el 43% en algún estudio realizado en prisión²⁰) y aunque habitualmente suelen corresponder a cuadros ansioso-depresivos de carácter leve, fácilmente controlables con inhibidores de la recaptación de serotonina, en algunos casos pueden ser extremadamente graves, habiéndose descrito casos de suicidios por depresiones mayores. Por ello, en procesos graves y/o descompensados (esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión mayor, etc) suele recomendarse la contraindicación absoluta del tratamiento con interferon, aunque Schaefer et al²¹ han demostrado que los pacientes con trastornos psiquiátricos pueden tratarse con seguridad si se realiza un seguimiento médico y psiquiátrico adecuado.

5. A MODO DE CONCLUSIÓN

En definitiva, el control y seguimiento de los pacientes con HCC es complejo, debe hacerse —por efectividad y proximidad— mayoritariamente en los centros penitenciarios y precisa un alto grado de coordinación con los servicios hospitalarios de referencia. La eficacia terapéutica relativa, la dificultad del manejo del tratamiento y la frecuencia e incluso gravedad de posibles efectos adversos, hacen muy reco-

mendable que las decisiones sean adoptadas por un equipo intra-extrapenitenciario de carácter multidisciplinar. Algunas experiencias han demostrado que equipos motivados pueden efectuar un correcto manejo de los infectados por el VHC de prisión, observándose una tasa de RVS similar a la obtenida en población extrapenitenciaria, así como un buen control de los efectos adversos^{18,20,22}. A pesar de ello, el porcentaje actual de tratamientos de la HCC es todavía bajo y sugiere que es necesario aumentar los esfuerzos para que un mayor número de internos se beneficie de la actual terapia combinada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio del Interior. Memoria 2002. Madrid: Subdirección General de Sanidad Penitenciaria, 2002.
2. Saiz de la Hoya P, Bedía M, Murcia J, Cebriá J, Sánchez-Paya J, Portilla J. Factores predictivos de infección por el VIH, VHC y coinfección en la población reclusa de una prisión española. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2005; 23: 53-7.
3. Martín V, Marco A, Saiz de la Hoya P. Cómo combatir la hepatitis C en las cárceles. *Gastroenterol Hepatol* 2005; 28 (Supl. 3): 37-40.
4. Humet V, Guerrero R, Gual J, Lliga A. Situación de la infección por el virus de la hepatitis C en las prisiones de Cataluña. *Rev Esp Sanid Penit* 2004; 6 (Supl.): 34.
5. Centres for Disease Control and Prevention. Prevention and control of infections with hepatitis viruses in correctional settings. *MMWR* 2003; 52 (nº RR-1). Disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5201.pdf>
6. Gates JA, Post JJ, Kaldor JM, Pan Y, Haber PS, Lloyd AR, et al. Risk factors for hepatitis C infection and perception of antibody status among male prison inmates in the Hepatitis C Incidence and Transmission in Prisons Study cohort, Australia. *J Urban Health* 2004; 81: 448-52.
7. Marco Caylà JA, Humet V, Mangues J, Gallego C, Bedoya A, Escribano M, Ariño JL, Varoucha C, Quintero S, Olavide P. Estudio multicéntrico de incidencia de infección por VIH en reclusos de Barcelona. Evidencias de seroconversión (SCV) en el medio penitenciario. III Congreso Nacional y IV Jornadas de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria. Granada, octubre, 2000.

8. Marco A, Martín V, Teixidó N, Saíz de la Hoya P. Tratamiento de la hepatitis C en prisión. *Timely Topics in Medicine-Hepatología* (enero 2006). URL disponible en: <http://www.ttmed.com/hepatologia/>
9. Marco A, Lonca M, Laliga A. Estrategias para el manejo de la infección por el virus de la hepatitis C. *Rev Esp Sanid Penit* 2002; 4: 58-69.
10. Benhamou Y, Bochet M, di Martino V, Charlotte F, Azria F, Coutellier A, et al. Liver fibrosis progression in HIV and hepatitis C virus coinfecting patients. *Hepatology* 1999; 30: 1054-8.
11. Murcia J, Portilla J, Palazón JM, Payá A, Saíz de la Hoya P, Bedía M, et al. Enfermedad hepática moderada-grave asociada a virus de la hepatitis C en población reclusa. Prevalencia y factores asociados. XI Congreso de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas. [abstract 369]. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2004; 22 Supl 1: 132.
12. Murcia J, Portilla J, Bedía M, Saíz de la Hoya P, Sánchez-Payá J, Reus S, et al. Hepatitis C crónica en población reclusa. Prevalencia, factores asociados y distribución de genotipos del virus de la hepatitis C. XI Congreso de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas. [abstract 368]. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2004; 22 Supl 1: 131-2.
13. Bruguera M. Presentación: La Hepatitis C, un problema multidisciplinario. *Gastroenterol Hepatol* 2005; 28 (Supl. 3): 1-2.
14. Saiz de la Hoya P, Ortega E, Alía C, Aranda MJ, Asensi V, García-Guerrero J, et al. Infección VIH y VHC. Protocolos de coordinación entre servicios sanitarios penitenciarios y hospitales de referencia. Madrid: SCM, 2004.
15. Saiz de la Hoya P, Marco A, Clemente G, Portilla J, Boix V, Teixidó N, et al. Programa de Actualización en el Tratamiento de la Hepatitis C. Documento de Consenso para la Sanidad Penitenciaria. Madrid: SCM, 2005.
16. Martínez-Redondo X, da Silva A, Gallego C, Pale A, Ramón R, Puértolas A, et al. ¿Qué porcentaje de población infectada por VHC es susceptible de tratamiento en un centro penitenciario? *Rev Esp Sanid Penit* 2004; 6 (Supl.): 37.
17. Skipper C, Guy JM, Parkes J, Roderick P, Rosenberg WM. Evaluation of a prison outreach clinic for the diagnosis and prevention of hepatitis C: implications for the national strategy. *Gut* 2003; 52: 1500-4.
18. Faraco I, López-Burgos A, Zarauza V, Montilla M. Eficacia del tratamiento de la hepatitis crónica por VHC con interferón convencional alfa 2a y ribavirina en el CP de Sevilla. *Rev Esp Sanid Penit* 2004; 6 (Supl.): 41.
19. Davis GL, Rodrigue JR. Treatment of chronic hepatitis C in active drug users. *N Engl J Med* 2001; 345: 217-7.
20. Teixidó N, Marco A, Guixé Q. Efectos adversos del tratamiento con peginterferón y ribavirina en pacientes UDVP ingresados en prisión. *Rev Esp Sanid Penit* 2004; 6 (Supl.): 40.
21. Schaefer M, Schmidt F, Folwaczny C, Lorenz R, Martín G, Schindlbeck N, et al. Adherence and mental side effects during hepatitis C treatment with interferon alfa and ribavirin in psychiatric groups. *Hepatology* 2003; 37: 443-451.
22. Bedía M. Un programa de hepatitis C en prisiones. Valoración y resultados. *Rev Esp Sanid Penit* 2004; 6: 68-73.

CORRESPONDENCIA

A Marco Mouriño
 Programa VIH/SIDA.
 Centro Penitenciario de Hombres de Barcelona
 C/Entenza 155. Barcelona 08019
23074amm@comb.es