

Causas de no inicios al tratamiento de la hepatitis C en el medio penitenciario: subanálisis del estudio EPIBAND

J de Juan¹, I Faraco², P Saiz de la Hoya³, A Marco⁴,
C Yllobre⁵, A Da Silva⁶, E del Pozo⁷,
FM Veiras⁸, en representación del Grupo del Estudio EPIBAND

¹ Servicios Médicos Centro Penitenciario Córdoba

² Servicios Médicos Centro Penitenciario Sevilla

³ Servicios Médicos Centro Penitenciario Fontcalent, Alicante

⁴ Servicios Médicos Centro Penitenciario Barcelona Hombres

⁵ Servicios Médicos Centro Penitenciario Las Palmas

⁶ Servicios Médicos Centro Penitenciario Cuatro Caminos, Barcelona

⁷ Servicios Médicos Centro Penitenciario Villabona, Asturias

⁸ Servicios Médicos Centro Penitenciario Santa Cruz de Tenerife

RESUMEN

Objetivo: Dentro del marco del estudio EPIBAND este subanálisis ha sido diseñado para determinar las causas de no inicio del tratamiento para la hepatitis C crónica (HCC) en población penitenciaria.

Método: Estudio epidemiológico, prospectivo y multicéntrico realizado en 26 centros. Se presentan los resultados del análisis correspondiente al grupo de pacientes incluidos en el estudio EPIBAND que por diferentes motivos no iniciaron el tratamiento antiviral.

Resultados: Se analizaron un total de 195 pacientes (edad media de 39±6,6 años, 86,7% varones, y 96,9% de nacionalidad española). Las principales razones de no inicio fueron aquellas secundarias al paciente en un 41% de los casos, razones médicas en un 30,8% y razones secundarias al medio en un 3,6%. El 47,5% de los pacientes refirió falta de motivación y concienciación, y en el 18,8% influyó el temor a sufrir efectos secundarios. Entre las razones médicas, la inmunodepresión constituyó la principal causa de contraindicación en un 35% de los casos seguida de las alteraciones psiquiátricas y neurológicas en un 28,3%. La próxima excarcelación o traslado a otro centro resultaron las principales variables asociadas al ámbito penitenciario en un 64,6% de los pacientes.

Conclusiones: La falta de motivación y concienciación del paciente, y el temor a sufrir efectos secundarios constituyen las principales causas de la negativa al tratamiento. Aspectos subjetivos y modificables que van a depender de la educación y formación del paciente así como de la atención prestada por los profesionales sanitarios en el curso del tratamiento.

Palabras clave: estudio comparativo; VIH; pacientes; hepatitis C; tratamiento; prisiones; prisioneros; España.

REASONS FOR NOT INITIATING HCV TREATMENT IN PRISON: A SUBANALYSIS OF THE EPIBAND STUDY

ABSTRACT

Objective: This sub-analysis was designed within the framework of the EPIBAND study to establish the reasons why prison patients do not initiate HCV treatment.

Methods: Epidemiological, prospective, multicentre study conducted in 26 centres. We present the results from those patients included in the EPIBAND study who did not initiate HCV treatment for different reasons.

Results: A total of 195 patients were evaluated (average age 39±6.6 years, 86.7% male and 96.9% Spanish nationality). The

reasons why this population did not initiate HCV treatment were secondary ones relating to the patient (41%), medical reasons (30.8%), and the prison environment (3.6%). 47.5% of patients reported lack of awareness and motivation, and 18.8% did not initiate treatment as a result of adverse events. Immunological status (35%), as well as psychiatric and neurological disorders (28.3%) were the main medical reasons for contraindication. Aspects associated to prison environment such as impending release or change of prison (64.4%) were among the various reasons that influenced treatment initiation.

Conclusions: Lack of motivation and awareness in patients as well as adverse events were the main reasons for not initiating therapy. These factors are subjective, modifiable aspects that depend on patient education and adequate medical care.

Key words: comparative study; HIV; patients; hepatitis C; therapeutics; prisons; prisoners; Spain.

Texto recibido: 29-06-2010

Texto aprobado: 06-10-2010

INTRODUCCIÓN

El estudio EPIBAND ha sido hasta la fecha el estudio prospectivo más amplio realizado en el medio penitenciario, tanto por el número de pacientes incluidos como por el número de investigadores participantes. Se trata de un estudio epidemiológico, prospectivo y multicéntrico implementado por el Grupo de Enfermedades Infecciosas de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria para conocer las causas de abandono del tratamiento antiviral para la hepatitis C en la población penitenciaria. Este artículo pretende describir uno de los objetivos del estudio EPIBAND: determinar las razones por las cuales los pacientes de los centros penitenciarios no inician el tratamiento de la hepatitis C crónica.

El objetivo fundamental del tratamiento de la infección crónica por la hepatitis C es la erradicación de la misma (curación). La eficacia del tratamiento actual con interferón pegilado (INF-PEG) y ribavirina (RBV) ha sido analizada en diversos estudios¹⁻³ encontrándose que la tasa de respuesta virológica sostenida (RVS) es del 42-51% para el genotipo 1 y del 76-82% para los genotipos 2-3^{1,3,4}. En la actualidad las pautas de tratamiento en función de diferentes variables dependientes del virus (genotipo, viremia), del grado de lesión hepática y de la rapidez de respuesta a la terapia antiviral, permiten un tratamiento individualizado y la optimización del mismo.

La población penitenciaria es una de las que presenta mayores tasas de infección por esta enfermedad, estimándose una prevalencia del 22,2%⁵ frente al 3% en la población general⁶. Por este motivo, y porque la historia natural de la hepatitis C pone de manifiesto que es la causa principal de cirrosis y de carcinoma hepatocelular (CHC), así como la indicación más común de trasplante hepático⁷, la población penitenciaria es una de las más susceptibles de ser atendida. Este hecho señala la importancia de la enfermedad en este medio, especialmente en el subgrupo de pacientes

coinfectados VIH/VHC⁸ debido a la comorbilidad asociada y a una evolución clínica más rápidamente progresiva.

En principio, la estancia en prisión reúne una serie de características que favorecen en mayor medida la necesidad de atender a este colectivo de pacientes. Por ello, y aunque en ocasiones el tratamiento de los internos ha sido controvertido médica y legalmente⁹, se ha convertido en una cartera de servicios habitual. Dado el cribado que se realiza a la población reclusa mediante el estudio serológico de VHC, se permite seleccionar a los pacientes afectados y, por tanto, candidatos a ser tratados.

Prácticamente todos los estudios demuestran que el tratamiento combinado guarda una buena relación coste-efectividad¹⁰, ya que se evitan los costes futuros derivados de las complicaciones anteriormente descritas. No obstante, para cumplir con este objetivo, es importante optimizar el tratamiento considerando que el genotipo es el principal marcador de respuesta virológica, y aplicando los principios de interrupción el tratamiento a partir de la semana 12¹¹ en pacientes que no consiguen una reducción de al menos 2 log₁₀ en la carga viral, o bien en pacientes ARN-VHC positivos en la semana 24¹² debido a un fracaso terapéutico.

Así pues, es evidente que en el ámbito penitenciario existe una población muy numerosa susceptible de ser atendida, con las condiciones más favorecedoras que podamos encontrar, con los recursos necesarios y con el compromiso moral de no olvidar esta parcela asistencial por las razones esgrimidas anteriormente.

Por lo tanto, se deben conocer las circunstancias por las que los pacientes, a veces con indicación más que evidente para el tratamiento de la hepatitis C, no inician el mismo. Con dicha información se podrán establecer estrategias para aumentar la motivación, evitar rechazos y dar una adecuada información acerca del tratamiento y de sus reacciones adversas, así

como explicar con claridad las consecuencias de dicha negativa. Aunque exista un equipo médico cualificado y unos medios adecuados, la decisión de iniciar el tratamiento depende en última instancia del propio paciente y, por tanto, es fundamental su motivación e implicación en su problema de salud.

Es preciso remarcar que no sólo es el paciente y su motivación el reto a batir y sobre el que hay que actuar. El medio penitenciario también dificulta el tratamiento en gran medida. Así, mientras que en unas ocasiones son los continuos traslados que sufren los pacientes entre centros lo que condiciona su continuidad, en otras, son las características de la propia estructura sanitaria, con escasos recursos asistenciales, una deficiente coordinación con el hospital de referencia y/o retraso en las pruebas diagnósticas, y, en ocasiones, una falta de sensibilidad de los sanitarios por esta problemática.

A pesar de todo, hay ocasiones en las que todo gira a favor del clínico, incluso el interés del paciente, aunque la toxicidad del tratamiento condiciona y contraindica el inicio del mismo¹³. Por tanto, la selección de los pacientes es de rigor para facilitar el cumplimiento, la evitación de efectos adversos serios y en definitiva el éxito del tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

El presente análisis se enmarca dentro del estudio EPIBAND, con diseño epidemiológico, prospectivo, y multicéntrico, en el que han participado 26 centros penitenciarios del territorio nacional, correspondientes a los Cuerpos Facultativos de Sanidad Penitenciaria, dependientes de la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria, de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias del Ministerio del Interior y de los Serveis Penitenciaris, Rehabilitació i Justícia del Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya, de los que se obtuvieron previas autorizaciones. Asimismo se solicitó la aprobación al Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Reina Sofía de Córdoba. El estudio se ha realizado de acuerdo a las recomendaciones éticas internacionales (Declaración de Helsinki y Convenio de Oviedo), las normas de Buena Práctica Clínica, el RD 711/2002, así como la legislación vigente en España, durante el periodo de inicio del estudio, para la realización de estudios observacionales (Circular 15/2002).

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustó a lo dispuesto en la Ley Orgánica

15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

Procedimiento

Durante el periodo comprendido entre octubre de 2007 y julio de 2008 se incluyeron pacientes diagnosticados de hepatitis C crónica, con evidencia serológica de infección mediante prueba de anticuerpos anti-VHC, naïves para ribavirina e interferón, y nivel plasmático de ARN-VHC detectable. Todos los pacientes que participaron en el estudio lo hicieron previa explicación del objetivo del mismo y solicitud de la firma del consentimiento informado, en cumplimiento de las más estrictas normas éticas¹³. El estudio se realizó en condiciones asistenciales reales y siguiendo la práctica clínica habitual de los centros participantes.

La muestra para el presente análisis la conforman aquellos pacientes que, dentro de la población incluida en el estudio EPIBAND, por diferentes motivos no iniciaron el tratamiento antiviral durante el periodo de inclusión del estudio establecido en 9 meses. Este subanálisis no sigue el diseño prospectivo del estudio en el que se enmarca, sino que se trata de una recogida transversal, justo en la visita basal (de inicio), de las causas por las cuales determinados pacientes, una vez incluidos en el estudio, no inician el tratamiento.

Los datos necesarios para dar respuesta al objetivo se obtuvieron de las historias clínicas de los sujetos de estudio, así como de la información proporcionada por el equipo médico de cada centro y por el propio paciente.

Variables

Se estudiaron las siguientes variables: edad, sexo, peso, nacionalidad, carga viral VHC, genotipo, VIH, pruebas diagnósticas y estadio de fibrosis mediante biopsia y fibroscan®. Asimismo, se registraron los motivos por los que el paciente no inicia el tratamiento antiviral, incluyendo las razones médicas (contraindicación según la literatura médica), las razones secundarias al paciente y las razones secundarias al medio. En las secundarias al paciente se contemplan las variables subjetivas que puede alegar el paciente para no iniciar el tratamiento, como la falta de motivación y concienciación del paciente, el temor a sufrir efectos secundarios, falta de confianza en los profesionales sanitarios e influencia de familiares u otros internos. Las razones secundarias al medio engloban aquellos factores que involucran al medio penitenciario como elemento distorsionador que podría actuar como

impedimento para tratar a los pacientes, entre ellas la falta de medios materiales, falta de medios humanos/profesional sanitario y próxima libertad/traslado a otro centro.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Las variables cuantitativas se han descrito con medidas de centralización y de dispersión. Concretamente, las de tipo paramétrico se expresan como media \pm desviación estándar y las no paramétricas como mediana y percentiles.

Las variables cualitativas se presentan mediante las frecuencias absolutas y relativas. La distribución de frecuencias relativas se expresa en porcentajes válidos que corresponde al cálculo con relación al total válido, número de pacientes que realmente presenta dato en la variable excluyendo los valores perdidos. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS Versión 17.0.

RESULTADOS

En el estudio EPIBAND se incluyeron un total de 636 pacientes, de los cuales 431 iniciaron tratamiento con peginterferón alfa-2a y ribavirina, y 205 no iniciaron el tratamiento contra la hepatitis C crónica. A continuación se presentan los resultados del análisis correspondiente al grupo de pacientes que no iniciaron el tratamiento antiviral.

De los 205 pacientes que no iniciaron el tratamiento, 195 fueron evaluables para el análisis. Se eliminaron 10 pacientes por no disponer de genotipo ni carga viral (N=4), o por no disponer de genotipo y tener carga viral (CV) negativa (N=6). Las características sociodemográficas y clínicas se muestran en la tabla I.

La media de edad de los pacientes fue de 39 \pm 6,6 años, el 86,7% eran varones, y el 96,9% de nacionalidad española. Entre las variables clínicas analizadas, el 66,5% de los pacientes presentó una carga viral basal elevada, definida como \geq 400.000 UI/ml. La distribución por genotipos mostró un predominio del genotipo 1 en un 55,9% de los pacientes seguido del genotipo 3 en un 23,7%. Los genotipos 4 y 2 fueron los menos frecuentes, con un porcentaje de 18,3% y 2,2%, respectivamente. El 40% de los pacientes estaban coinfectados por el VIH.

Entre los pacientes coinfectados por VIH, el 30,1% eran genotipo 1/4 y únicamente el 28% presentaban carga viral elevada. Al 4% de los pacientes se le había realizado una biopsia y al 22,8% un fibroscan®.

N= 195	
Edad-años; media (\pm DE)	39 (6,6)
Sexo-H/M; (% hombres)	169/26 (86,7)
Peso-kg; media (\pm DE)	72,8 (12,5)
Nacionalidad; n (%)	
Española	189 (96,9)
Otras	6 (3)
VHC-ARN; n (%) ^a	
\geq 400.000 UI/ml	125 (66,5)
< 400.000 UI/ml	63 (33,5)
Genotipo; n (%) ^b	
1/4	138 (74,2)
2/3	48 (25,8)
VIH; n (%)	78 (40)
Pruebas diagnósticas; n (%)	
Biopsia	7 (4)
Fibroscan®	43 (22,8)
Grado de fibrosis por biopsia; n ^c	
No fibrosis	1
F1-F2	2
F3-F4	2
Grado de fibrosis por Fibroscan®; n (%) ^d	
No fibrosis	4 (9,8)
F1-F2	27 (65,9)
F3-F4	10 (24,4)

DE: Desviación estándar;

Datos perdidos: ^a n=7; ^b n=9; ^c n=2; ^d n=2.

Tabla I: Características sociodemográficas y clínicas.

La prevalencia de los diferentes estadios de fibrosis mediante biopsia fue del 20% para los grados F0-F4. Mediante fibroscan® estos porcentajes fueron 9,8%, 48,8%, 17,1%, 17,1% y 7,3% para F0, F1, F2, F3 y F4, respectivamente.

Respecto al análisis de las causas de no inicio de tratamiento antiviral, cabe destacar que las razones médicas y las secundarias al paciente se consideraron como razones excluyentes, es decir, no pueden coincidir en un mismo paciente, no resultando así en el caso de las razones secundarias al paciente y al medio. Los resultados mostraron que las razones más frecuentes de no inicio de tratamiento fueron las secundarias al paciente en 80 (41%) casos, y las razones médicas en 60 (30,8%) casos. Las razones secundarias al medio y al paciente fueron expuestas por un total de 55 pacientes, de los cuales 48 (24,6%) alegaron motivos únicamente secundarios al medio y 7 (3,6%) pacientes manifestaron motivos secundarios al paciente y al medio para no iniciar el tratamiento (figura I).

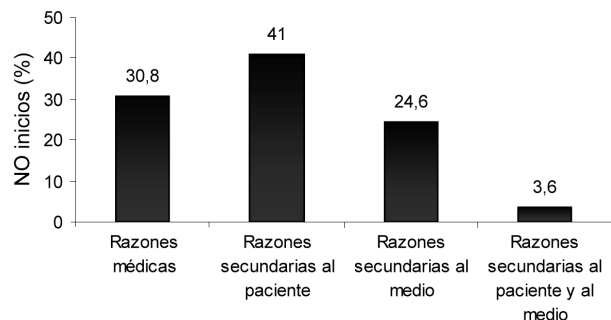


Figura I. Causas de NO inicio de tratamiento antiviral.

El análisis detallado de las razones secundarias al paciente se muestra en la tabla II. Concretamente, la falta de motivación y concienciación del paciente, con un 47,5%, fue el principal motivo por el que los pacientes no fueron sometidos a tratamiento. Asimismo, aunque en menor porcentaje, un 18,8%, influyó el temor a sufrir efectos secundarios. En este sentido, el efecto secundario más temido fue la depresión en un 53,3% de los pacientes, seguido del adelgazamiento en un 46,7% y la irritabilidad en un 26,7%.

Causas de NO inicio de tratamiento antiviral	N (%)*
Falta de motivación/concienciación del paciente	38 (47,5)
Falta de motivación/concienciación del paciente y temor a efectos secundarios	16 (20)
Temor a efectos secundarios	15 (18,8)
Influencia de familiares/otros internos	5 (6,3)
Falta de motivación/concienciación del paciente e influencia de familiares/otros internos	3 (3,8)
Falta de confianza en los profesionales sanitarios	2 (2,5)
Otras	1 (1,3)
Total	80 (100)

*Porcentajes válidos

Tabla II: Razones secundarias al paciente.

En lo referente a las razones médicas, 60 pacientes (30,8%) no iniciaron tratamiento para la hepatitis C crónica según valoración del médico (tabla III). Entre las contraindicaciones relativas al uso de tratamiento antiviral según la literatura médica, la inmunodepresión constituyó la principal causa de no inicio en un 35% de los casos. Por su parte, las alteraciones psi-

quiátricas o neurológicas, así como la asociación de otras patologías fueron causas de contraindicación en un 28,3% y 21,7% de los casos, respectivamente.

Contraindicación según literatura médica	N (%)*
Inmunodepresión	21 (35)
De causa psiquiátrica/neurológica	17 (28,3)
Asociación de otras patologías	13 (21,7)
Baja fibrosis/Baja CV-VHC viral	5 (8,3)
Toxicofilia	3 (5)
Embarazo	1 (1,7)
Total	60 (100)

*Porcentajes válidos

Tabla III: Razones médicas

El análisis de las razones secundarias al medio mostró el ámbito penitenciario como un factor de impedimento para tratar a los pacientes. Así, la próxima libertad de los internos o el traslado a otro centro propició el no inicio de tratamiento en 31 pacientes (64,6%), y la falta de medios materiales solamente en 1 paciente (2,1%). El resto de razones secundarias al medio, y que suponen 16 casos (33,3%), se debieron en su totalidad a retrasos en las citas para exploraciones con fibroscan® y/o biopsias.

Por último, es de destacar que en 7 casos (100%) se observó una estrecha asociación entre las razones secundarias al paciente y al medio, como la falta de motivación o concienciación del paciente junto a la proximidad de puesta en libertad o traslado a otro centro, que contribuyó con la misma intensidad para no iniciar el tratamiento, aspecto que hizo considerar a este tipo de pacientes como un subgrupo independiente.

DISCUSIÓN

Los resultados referidos a las variables sociodemográficas y clínicas de la población en estudio son equiparables a los que se pueden encontrar en la población general: varón, edad cercana a los 40 años, genotipo 1 con alta carga viral y población monoinfectada. Sin embargo, y a pesar de la tendencia a la disminución en la prevalencia de la coinfección VIH/VHC en los centros penitenciarios españoles¹⁴, en nuestro trabajo destaca la elevada proporción (40%) de población coinfectada, uno de los datos diferenciadores con la población extra-penitenciaria.

La principal circunstancia por la que no inician el tratamiento los pacientes está encuadrada en las denominadas razones secundarias del paciente, con un 41% de los casos. Dichas razones contemplan todas las variables subjetivas que puede alegar el paciente para no iniciar el tratamiento propuesto, entre las que se encuentra la falta de motivación y concienciación del paciente, es decir, la falta de fuerzas o energías para emprender un tratamiento a largo plazo, mantener una adherencia al mismo, y soportar los efectos secundarios que puedan aparecer. También se incluye la incapacidad para valorar las consecuencias que a medio y largo plazo pudiera ocasionar esta enfermedad silente. Con un 47,5% de los casos, representa la respuesta o excusa más generalizada, y quizás sea la más ligada a una falta de información, o bien a una información inexacta. El carácter silente de la enfermedad propicia una escasa consideración a la misma y, por tanto, el paciente minimiza el riesgo y la importancia que conlleve. Existe un 18,8% de pacientes que añaden a las circunstancias anteriores el temor a sufrir efectos secundarios, quizás la variable más temida y conocida por todos¹⁵.

Es evidente que esta falta de motivación es la principal causa de rechazo al tratamiento propuesto, y que ésta depende de multitud de factores como la educación del paciente en su problema de salud, el nivel de comunicación con el médico, o la accesibilidad con el equipo de salud. El paciente precisa de una asistencia en la que perciba seguridad, atención, seguimiento y resolución de los efectos secundarios asociados al mismo, en definitiva, un entorno de protección que garantice la adherencia y continuidad en el tratamiento.

De forma específica, los efectos secundarios neuropsiquiátricos como depresión e irritabilidad son los más llamativos y además representan una de las causas más habituales de suspensión de tratamiento¹⁶⁻¹⁸. Si adicionalmente al hecho de estar cumpliendo condena se une una mala estabilidad psíquica, es razonable que se conviertan en una de las principales causas de rechazo. De forma adicional, y aunque en menor porcentaje, son de destacar el adelgazamiento y la alopecia entre los efectos adversos más temidos por los pacientes, con un 46,7% y 6,7% respectivamente. Se debe tener presente que el manejo de los efectos adversos comienza incluso antes de iniciar el tratamiento, creando un ambiente de confianza, de veracidad y de información para vencer los mismos en el momento en el que se presenten.

En otras ocasiones, es la influencia externa la que incide en la decisión del paciente. La opinión de familiares u otros internos es la que a veces desaconseja

el inicio del tratamiento, y concretamente en nuestro estudio este aspecto representó un 3,8% de las causas de no inicio. Para obviar este hecho es importante contactar con los familiares en el momento de inicio del tratamiento, haciéndoles partícipes de la importancia de la adherencia y finalización del mismo. Incluso son los mismos pacientes los que en determinados momentos solicitan de nuestra parte una explicación básica a sus familiares acerca del tratamiento y los efectos adversos visibles que ellos mismos van a apreciar.

La falta de confianza en los profesionales sanitarios experimentada por un 2,5% de los pacientes, representa una incidencia muy escasa en nuestro estudio. Dicha variable se estudió para conocer si la decisión de no tratarse se debía a una baja credibilidad y/o capacidad del sistema sanitario penitenciario. Este resultado pone de manifiesto que la confianza de nuestros pacientes es alta, que la atención dispensada responde a sus expectativas, y que su estancia penitenciaria no resulta ser un impedimento a la hora de iniciar un tratamiento. Finalmente, entre las razones secundarias al paciente se incluyó una opción abierta a otras consideraciones no planteadas inicialmente, que atiende a un único caso de demanda de psicofármacos como condición para comenzar el tratamiento.

Por otro lado, las razones propias del médico o contraindicación formal, según la literatura médica para el inicio del tratamiento de la hepatitis C, vienen representadas en este trabajo por un 30,8% del total. Entre ellas destaca la inmunodepresión, con un 35% de los casos, como la causa más frecuente en relación con el VIH, y en particular con el nivel de CD4, seguida de las alteraciones neuropsiquiátricas en un 28,3% de los casos, especialmente debido a cuadros depresivos, alteraciones de impulsos y de conducta, psicosis y epilepsia. Estas dos circunstancias definen el perfil de nuestros pacientes, por lo que llama la atención que constituyan los principales motivos de contraindicación médica. A esto se añade, con un 21,7%, la asociación con otras patologías que, en este momento, contribuyen a la contraindicación del inicio del tratamiento, la baja fibrosis/carga viral baja en un 8,3%, toxicofilia activa en un 5% y el embarazo en un 1,7%. Es de destacar, que la totalidad de las contraindicaciones evidenciadas en el momento del estudio se pueden considerar relativas o circunstanciales, y que los pacientes, una vez que las superan, se estabilizan y normalizan, podrían empezar el tratamiento de la hepatitis C sin que la contraindicación médica resulte un obstáculo. Igualmente llama poderosamente la atención la variabilidad y amplitud de

patologías encuadradas en este subapartado. Así, lo que para unos profesionales constituye una contraindicación formal, para otros puede ser una indicación en toda regla. Sin duda este aspecto va en consonancia a los estilos del centro hospitalario de referencia, así como a la experiencia y manejo en el tratamiento de esta enfermedad.

Por último, las razones secundarias al medio representan el 24,6% del total. Es así como el propio medio penitenciario actúa como un elemento distorsionador que impide a los pacientes iniciar el tratamiento, representado en la mayoría de los casos, con un porcentaje del 64,6%, por la excarcelación o el traslado a otros centros. Debemos saber que la clasificación de los internos obedece más a criterios regimentales, judiciales o tratamentales que de índole médica, por lo tanto esta eventualidad es escasamente compartida con el Centro Directivo que canaliza los traslados de los pacientes.

El retraso en la realización de las pruebas complementarias como biopsia o fibroscan® dificulta el inicio del tratamiento en el 33,3% de los casos. Este aspecto se trata igualmente de una circunstancia muy variable que guarda relación con los hospitales de referencia, la gestión de las consultas externas o listas de espera, así como con los protocolos de exploraciones complementarias a realizar en los mismos.

Existe un 3,6% de los casos totales en los que se ha evidenciado una asociación entre lo que hemos denominado razones secundarias del paciente y del medio, ligada concretamente a la próxima puesta en libertad y a una falta de concienciación por parte de paciente. Incidir más sobre estos hechos constituye una reiteración de lo ampliamente expuesto.

A modo de conclusión, destacar que la falta de motivación y concienciación de la enfermedad así como el temor a los efectos adversos del tratamiento constituyen los pilares esenciales de la negativa, por parte del paciente a iniciar el tratamiento de la hepatitis C crónica. Son aspectos puramente subjetivos y modificables, que van a depender por una parte de la educación y formación que en esta materia los pacientes reciban y por otra parte de la atención prestada por los profesionales sanitarios en el curso del tratamiento.

AGRADECIMIENTOS

Investigadores del Grupo del Estudio EPIBAND

Julio García – CP Castellon I, Fernando Ruiz – CP Albolote (Granada), Miguel Bedia – CP Fontcalent

(Alicante I), Gerardo López – CP El Dueso (Santander), Remedios Moreno – CP Madrid II (Alcalá de Henares), Carmen Hoyos – CP Cáceres, Concepción Solè – CP Brians 1 (Barcelona), Nuria Teixido – CP Brians 1 (Barcelona), Esther Campo – CP Puerto III (Cádiz), Pilar Portas – CP Puerto III (Cádiz), Carlos Alia – CP Madrid IV (Navalcarnero), Germán Jiménez – CP Madrid IV (Navalcarnero), José M. Laine – CP Madrid IV (Navalcarnero), M^a Dolores Isach – CP Picassent (Valencia), José M. Almenara – CP Picassent (Valencia), Antonio López – CP Jaén José Quiñonero – CP Murcia, Pablo Sánchez – CP Badajoz, Ventura Ferrer – CP Pereiro de Aguiar (Orense), Ramón Planella – CP Ponent (Lérida) Yolanda Correias – CP Acebuche (Almería), M. Pilar Robres – CP Brians 2 (Barcelona), Antonio Rodríguez – CP Alcalá de Guadaíra (Sevilla), Félix Fernández – CP Madrid I (Alcalá de Henares).

El estudio EPIBAND ha sido promovido por GEISESP (Grupo de trabajo de Enfermedades Infecciosas de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria), y patrocinado por Roche Farma.

CORRESPONDENCIA

Dr. José de Juan Ramírez
Servicios Médicos Centro Penitenciario Córdoba
Autovía Madrid-Cádiz, km. 391 – 14015 Córdoba
Teléfono 0034 957 225 040
E-Mail: VIVAPERJIL1@telefonica.net

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fried MW, Shiffman ML, Reddy KR, Smith C, Marinos G, Goncales FL, Jr, et al. Peginterferon alfa-2a plus ribavirin for chronic hepatitis C virus infection. *N Engl J Med* 2002; 347: 975-82.
2. Hadziyannis SJ, Sette H, Jr, Morgan TR, Balan V, Diago M, Marcellin P, et al. Peginterferon-alpha2a and ribavirin combination therapy in chronic hepatitis C: a randomized study of treatment duration and ribavirin dose. *Ann Intern Med* 2004; 140: 346-55.
3. Manns MP, McHutchison JG, Gordon SC, Rustgi VK, Shiffman M, Reindollar R, et al. Peginterferon alfa-2b plus ribavirin compared with interferon alfa-2b plus ribavirin for initial treatment of chronic hepatitis C: a randomised trial. *Lancet* 2001; 358: 958-65.
4. Lauer GM, Walker BD. Hepatitis C virus infection. *N Engl J Med* 2001; 345: 41-52.

5. Saiz de la Hoya P, Marco A, García-Guerrero J, Mallo J, Faraco I, Quiñonero J, et al. Prevalence of hepatitis C virus infections among Spanish prisoners. Madrid: OMS, Prison Health Conference; 2009 (abstract 56)
6. World Health Organization. Global surveillance and control of hepatitis C. *J Viral Hep* 1999; 6: 35-47.
7. Tan JA, Joseph TA, Saab S. Treating hepatitis C in the prison population is cost-saving. *Hepatology* 2008; 48: 1387-95.
8. Marco-Mourino A, Saiz de la Hoya-Zamácola P, García-Guerrero J, Rivera-Jimenez AJ, Vasallo-Balandrón L, Moreno-Moreno R, et al. Estudio de prevalencia de infección por VIH y factores asociados en presos españoles. 2009 p. (abstract PO-24).
9. Buti M, Casado MA, Esteban R. Evaluating the cost of sustained virologic response in naive chronic hepatitis C patients treated a la carte. *Aliment Pharmacol Ther* 2007; 26: 705-16.
10. Poynard T, McHutchison J, Goodman Z, Ling MH, Albrecht J. Is an "a la carte" combination interferon alfa-2b plus ribavirin regimen possible for the first line treatment in patients with chronic hepatitis C? The ALGOVIRC Project Group. *Hepatology* 2000; 31: 211-8.
11. Fried MW. Side effects of therapy of hepatitis C and their management. *Hepatology* 2002; 36: S237-S244.
12. Davis GL, Wong JB, McHutchison JG, Manns MP, Harvey J, Albrecht J. Early virologic response to treatment with peginterferon alfa-2b plus ribavirin in patients with chronic hepatitis C. *Hepatology* 2003; 38: 645-52.
13. Council for International Organizations of Medical Sciences, World Health Organization. International ethical guidelines for biomedical research involving human subjects. Geneva: WHO; 2002.
14. Saiz dlH, Bedia M, Murcia J, Cebria J, Sanchez-Paya J, Portilla J. [Predictive markers of HIV and HCV infection and co-infection among inmates in a Spanish prison.]. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2005; 23: 53-7.
15. Foster GR. Quality of life considerations for patients with chronic hepatitis C. *J Viral Hepat* 2009; 16: 605-11.
16. Castera L, Constant A, Henry C, Champbenoit P, Bernard PH, De L, V, et al. Impact on adherence and sustained virological response of psychiatric side effects during peginterferon and ribavirin therapy for chronic hepatitis C. *Aliment Pharmacol Ther* 2006; 24: 1223-30.
17. Evon DM, Ramcharran D, Belle SH, Terrault NA, Fontana RJ, Fried MW. Prospective analysis of depression during peginterferon and ribavirin therapy of chronic hepatitis C: results of the Virahep-C study. *Am J Gastroenterol* 2009; 104: 2949-58.
18. Raison CL, Borisov AS, Broadwell SD, Capuron L, Woolwine BJ, Jacobson IM, et al. Depression during pegylated interferon-alpha plus ribavirin therapy: prevalence and prediction. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 41-8.