

EDITORIAL

Vacunas para la población penitenciaria

No cabe duda de que la carga de enfermedad de las personas ingresadas en centros penitenciarios es muy elevada. Mayoritariamente, la población encarcelada procede de sectores social y económicamente deprimidos, con reducidos niveles de información sanitaria y hábitos de conducta poco saludables (tabaquismo, alcoholismo, otras drogadicciones de diverso tipo, etc.). Esta extracción social de sectores generalmente marginales, a menudo vinculados al mundo de la prostitución, la drogadicción, y, desde hace unos años en nuestro país, a la inmigración ilegal, espoleada ésta por las misérrimas condiciones de vida de los países del Sur, condiciona las singulares características del espectro de la enfermedad de los reclusos.

Muchas de las enfermedades asociadas a la pobreza son frecuentes en los reclusos. Algunas de ellas, son enfermedades mentales, relacionadas con trastornos de la conducta; otras, son de tipo infeccioso propagadas a través de la sangre, de transmisión sexual o mediante la vía respiratoria (tuberculosis). Todas ellas son altamente prevalentes en los centros penitenciarios (CCPP). Desgraciadamente, para muchas de estas enfermedades (Sida, hepatitis C), no se dispone de medidas preventivas basadas en la vacunación. En otros casos (p.e. hepatitis B), sí se dispone de vacunas seguras y eficaces. Estas vacunas debieran idealmente haber sido aplicadas con anterioridad, pero, a menudo, es precisamente la extracción social o el origen geográfico de los reclusos lo que ha limitado el acceso a la vacunación y a otras medidas preventivas.

Un aspecto a destacar de las personas que ingresan en centros penitenciarios es la dificultad de conocer los antecedentes de vacunaciones anteriores. La vacunación es una estrategia preventiva secuencial, por lo que la vacunación de hoy es siempre función de la vacunación de ayer. Por este motivo, es importante disponer de información acerca de los antecedentes vacunales. A menudo, los reclusos no son capaces de proporcionar información objetiva, en forma de carnés u otros documentos, sobre vacunaciones anteriores. En realidad, ello no supone mucha originalidad: con la mayor parte de los adultos que no están encarcelados sucede lo mismo, aunque en los reclusos el problema está mucho más acentuado.

Hasta hace unos años, la vacunación había sido una estrategia preventiva esencialmente enfocada al ámbito pediátrico. La razón era la elevada incidencia en la infancia de enfermedades que progresivamente han podido ser prevenidas mediante vacunas (poliomielitis, difteria, tosferina, sarampión, etc.). El éxito logrado en el control de estas enfermedades, ha podido erróneamente dar la impresión de que la vacunación, como estrategia preventiva, tenía un interés limitado a la infancia. Entre otras razones de vacunación de los adultos están: no haber sido vacunado en la infancia (por ausencia de disponibilidad de la vacuna o por otro motivo), necesidad de dosis periódicas de recuerdo (tétanos), condiciones médicas especiales (vacunas antigripal y antineumocócica) y otras circunstancias que impliquen un mayor riesgo asociadas a actividades profesionales o estilos de vida.

¿Representa el encarcelamiento una situación de riesgo especial para contraer enfermedades prevenibles mediante vacunación? La respuesta es casi siempre negativa. Aunque indudablemente, compartir jeringuillas o practicar sexo con portadores de HBsAg, tanto dentro como fuera de la prisión, implica un alto riesgo de transmisión de hepatitis B. El riesgo está, por tanto, en las actividades o conductas, independientemente del entorno ambiental en que se realicen. Es cierto, sin embargo, que en el ámbito penitenciario pueden concurrir circunstancias que favorezcan la propagación de ciertas enfermedades como son las de transmisión aérea. El hacinamiento, el cúmulo de susceptibles y otras circunstancias que incrementen la susceptibilidad a las infecciones (p.e. la condición de VIH positivo), pueden favorecer la aparición, a veces de modo epidémico, de enfermedades prevenibles con vacunas como sarampión, gripe o ciertas infecciones meningocócicas.

¿Representa el encarcelamiento una oportunidad para desarrollar estrategias de vacunación en grupos en riesgo de contraer determinadas enfermedades o afecciones? La respuesta es indudablemente afirmativa. Las coberturas conseguidas en la vacunación de la hepatitis B en consumidores de drogas por vía parenteral, constituyen el mejor de los ejemplos.

Varios estudios realizados en diversos países llegaron a la conclusión de que una elevada proporción de personas ingresadas en centros penitenciarios, habían tenido contacto con el virus de la hepatitis B (VHB). El programa piloto desarrollado en Cataluña en 1987-88, encontró que casi dos tercios de la población reclusa era positiva para antiHBc. Nadie duda actualmente que en países como el nuestro, la vacunación antihepatítica B en la prisión, representa una prioridad de primer orden. Su práctica sistemática ha permitido logros como reducir la proporción de jóvenes reclusos antiHBc positivo en el centro penitenciario de jóvenes de Barcelona, de 57% en 1987 a 11% en 1998. Otros factores han contribuido a este cambio radical (modificaciones en las conductas de riesgo, vacunación en otros ámbitos, etc.).

Resulta imposible dar recomendaciones únicas, respecto al desarrollo pormenorizado de los programas de vacunación contra la hepatitis B. Generalmente se recomienda el cribado previo de antiHBc, pero ello deja de ser eficiente cuando la proporción de antiHBc positivo es tan reducida como en el ejemplo antes expuesto. Tiene, sin embargo, la ventaja de que contribuye, si se examinan también otros marcadores, a identificar fuentes de infección. En todo caso, la detección de antiHBc, sólo tiene validez en poblaciones supuestamente nunca vacunadas, ya que en los vacunados, el antiHBc negativo, llevaría erróneamente a calificar a estos sujetos como susceptibles.

El examen postvacunal de antiHBs para evaluar la respuesta a la vacunación contra la hepatitis B, no parece necesario de modo rutinario. No obstante, resulta recomendable aplicar el criterio general de realizarlo en los mayores de 30 años y en aquellos en que, por sus condiciones médicas, pudiera esperarse una mala respuesta, como es el caso de los VIH positivo.

En sujetos jóvenes, una alternativa útil es la vacuna combinada antihepatítica A+B. Tiene la ventaja de que, aprovechando la misma infraestructura y con un coste diferencial asumible, se inmuniza frente a ambos tipos de hepatitis, de modo análogo a como se practica selectivamente (p.e. en jóvenes estudiantes de ciencias de la salud) o de modo universal en adolescentes (p.e. en Cataluña y en ciertas regiones de Italia).

En todo caso, la vacunación contra la hepatitis A debe practicarse, de modo inexcusable, en los reclusos susceptibles con infección crónica por virus de

la hepatitis C, ya que algunos estudios han demostrado elevada letalidad en caso de sobreinfección por virus de la hepatitis A. Parece razonable actuar de modo análogo cuando la infección crónica es por VHB.

Una pauta de vacunación antihepatítica B que ha demostrado utilidad en los CCPP es la de 0, 1, 2 y 12 meses. Esta pauta puede ser también empleada con la vacuna combinada antihepatítica A+B.

La máxima «*Dosis administrada, dosis contada*» pretende enfatizar la conveniencia de continuar las pautas vacunales interrumpidas, precisamente en el punto de la interrupción, sin necesidad de «comenzar de nuevo». Aunque el concepto es aplicable a cualquier ámbito de la práctica vacunal, puede ser de especial utilidad en el medio penitenciario, donde el cumplimiento de las pautas estándar de vacunación puede ser difícil. Es aplicable también a cualquier vacunación (hepatitis B, tétanos, etc.).

La vacunación antitetánica interesa, de forma periódica, a la totalidad de la población. Entre otras razones porque, para el tétanos, no hay inmunidad de grupo. De acuerdo con la OMS, la vacuna a emplear es la combinada tétanos-difteria (Td). Es posible que la inmunidad antitetánica de la población penitenciaria sea muy irregular, coexistiendo de un lado, subgrupos nunca vacunados con otros «sobrevacunados». El primer supuesto es probablemente infrecuente, incluso en reclusos inmigrantes procedentes de países de baja renta. La «sobrevacunación» podría venir derivada de que las dificultades para conocer los antecedentes de vacunación y la etiqueta de «población marginal», induce a los sanitarios, a menudo, a un uso excesivo de vacunas antitetánicas. Una buena prueba de ello es la elevada reactividad local observada en reclusos, muy probablemente relacionada con la existencia previa de altos títulos de anticuerpos. El camino a seguir para paliar estas dificultades pasa por realizar la mejor anamnesis posible respecto a los antecedentes de inmunización, proporcionar certificados al vacunado, registrar la vacunación y tener capacidad de compartir la información con otros CCPP.

Se considera generalmente que, en España, las cohortes de nacidos antes de 1966 son mayoritariamente inmunes —por exposición a los virus salvajes—, al sarampión, la rubéola, la parotiditis y la varicela. Por otro lado, una buena proporción de nacidos después de 1980, ha recibido al menos una dosis de vacuna triple vírica. Cabría considerar la conveniencia de emplear esta vacuna en los sujetos

nacidos en el periodo entre los dos años mencionados en los que no se constaten antecedentes clínicos o de vacunación. Una situación singular es la de la población reclusa más joven, de origen inmigrante, especialmente de África y ciertas zonas de Asia. Convendría desarrollar estrategias orientadas a garantizar la inmunidad frente al sarampión, rubéola y parotiditis, empleando la vacuna triple vírica cuando se sospeche susceptibilidad a una o más de estas enfermedades.

Aunque la vacuna de la varicela estaría indicada, previo examen serológico, en adultos jóvenes susceptibles (encarcelados y no encarcelados), las restricciones a su uso impuestas por las condiciones del registro de la vacuna, impiden por el momento su empleo en nuestro país.

Algunas vacunas como la antigripal y la antineumocócica están recomendadas en sujetos con patologías de base de diversa índole. Una de estas patologías, nada infrecuente es la infección por VIH. Aunque algunas publicaciones han señalado aumentos temporales en la replicación del VIH, presuntamente inducidas por la inmunización, las recomendaciones al respecto apuntan mayoritariamente por la vacunación. Es importante que la inmunización activa de los pacientes VIH positivo se realice tan pronto se detecte tal condición, ello redundará en una mejor respuesta y en una mayor seguridad de la vacunación.

La vacunación antigripal debe realizarse anualmente en los reclusos incluíbles en los grupos de riesgo por sus condiciones médicas. No obstante, cada centro debiera evaluar la conveniencia de ofrecer la vacunación al conjunto de las personas (reclusos y trabajadores) del medio penitenciario.

La vacunación antineumocócica con vacuna de polisacáridos, no conjugados, 23 valente, de disponibilidad relativamente reciente en nuestro país, interesa a una serie de reclusos con enfermedades crónicas de diverso tipo, asociadas o no a inmunodeficiencia. El riesgo de enfermedad neumocócica invasora en algunos de estos grupos, como los VIH positivo o los esplenectomizados es del orden de 100 superior al de los sujetos sanos, por lo que la vacunación antineumocócica debe ser de uso habitual en los CCPP.

Otras vacunaciones que de modo esporádico o excepcional, podrían ser de interés en el ámbito penitenciario, para reclusos y trabajadores, serían la vacuna antimeningocócica conjugada C y la BCG. La vacunación antimeningocócica conjugada C

estaría justificada en determinadas situaciones de postexposición a casos de enfermedad invasora por este serogrupo de *N. meningitidis*, aunque también se ha realizado *cath up* en población general de hasta 19 años de edad (p.e. Reino Unido o Cataluña). La vacunación BCG ha sido recomendada en situaciones de brotes por bacilo de Koch multirresistente.

Como en cualquier ámbito (atención primaria, atención hospitalaria, medio laboral, etc.) la vacunación en los CCPP debe tener la habilidad de, respetando los aspectos académicos teóricos y los programas oficiales formales, aplicar estrategias y pautas adaptadas a las peculiares características de cada centro.

José-María Bayas, Anna Vilella

Servei de Medicina Preventiva. UASP-IDIBAPS.
Hospital Clínic de Barcelona.
Universitat de Barcelona.

BIBLIOGRAFÍA

- Awofeso N, Fennell M, Waliuzzaman Z, O'Connor C, Pittam D, Boonwaat L, de Kantzow S, Rawlinson WD. Influenza outbreak in a correctional facility. *Aust N Z J Public Health* 2001; 25: 443-6.
- Bayas JM, Bruguera M, Martín V, Vidal J, Rodés J, Salleras Ll. Hepatitis B vaccination in prisons. The catalonian experience. *Vaccine* 1993; 11: 1441-1444.
- Bayas JM, Vilella A. Vacunación de Adultos. Vacunas: investigación y práctica 2000; 1: 173-177.
- Bedoya A, Leal MJ, Torrez E, Busquet E, Guerrero R, Marrón T, Bayas JM. Evolución de la infección por virus de la hepatitis B en un Centro Penitenciario de Jóvenes: 1987-98. *Vacunación. Rev Esp Sanid Penit* 2000; 2: 37-40.
- Bruguera M, Bayas JM, Vilella A, Tural C, González A, Vidal J, Dal-Ré R, Salleras Ll. Immunogenicity and reactogenicity of a combined hepatitis A and hepatitis B vaccine in young adults. *Vaccine* 1996; 14: 1407-1411.
- Centers for Disease Control and Prevention. General Recommendations on immunization. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) and the American Academy of Family Physicians (AAFP). *MMWR* 2002; 51 (RR-2).

- Centers for Disease Control and Prevention. Rubella outbreaks in prisons-New York City, West Virginia, California. *MMWR* 1985; 34: 615-8.
- Centers for Disease Control and Prevention. USPHS/IDS A guidelines for the prevention of opportunistic infection in persons infected with human immunodeficiency virus. *MMWR* 1997; 46 (RR-12): 1-46.
- Galazka AM, Robertson SE. Diphtheria: changing patterns in the developing world and the industrialized world. *Eur J Epidemiol* 1995; 11: 107-117.
- González A, Bruguera M, Calbo Torrecillas F, Monge V, Dal-Ré R, Costa J. Seroepidemiology survey of hepatitis A antibodies in the young adult Spanish population. Spanish Study Group on hepatitis A. *Med Clin (Barc)* 1994; 103: 445-8.
- Martín V, Guerra JM, Cayla JA, Rodríguez JC, Blanco MD, Alcoba M. Incidence of tuberculosis and the importance of treatment of latent tuberculosis infection in a Spanish prison population. *Int J Tuberc Lung Dis* 2001; 5: 926-32.
- Navas E, Bayas JM, Taberner JL, Salleras L. Eficiencia de la detección prevacunal de anti-HBc en los programas de vacunación antihepatitis B. *Med Clin (Barc)* 1992; 99: 641-644.
- Pallás J, Farinas-Álvarez C, Prieto D, Llorca J, Delgado-Rodríguez M. Risk factors for mono-infections and coinfections with HIV, hepatitis B and hepatitis C viruses in northern Spanish prisoners. *Epidemiol Infect* 1999; 123: 95-102.
- Thomas JC, Bendana NS, Waterman SH, Rathbun M, Arakere G, Frasci CE, Wenger JD, Magsombol V, Clark JH. Risk factors for carriage of meningococcus in the Los Angeles County men's jail system. *Am J Epidemiol* 1991; 133: 286-95.
- Valway SE, Greifinger RB, Papania M, Kilburn JO, Woodley C, DiFerdinando GT, Dooley SW. Multidrug-resistant tuberculosis in the New York State prison system, 1990-1991. *J Infect Dis* 1994; 17: 151-6.

CORRESPONDENCIA

José-María Bayas
Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Clínic
Villarroel 170. 08036 Barcelona
Telef.: 93 2275407
Fax: 93 2275573
e-mail: bayas@medicina.ub.es