

Características y situación clínica de la población reclusa infectada por el VIH de los centros penitenciarios españoles

P Saíz de la Hoya¹, M Bedia¹, PJ Esteban², JJ Figueira³, J G^a-Guerrero⁴,
J de Juan⁵, A Marco⁶, MA Mulas⁷, G Jiménez⁷, L Tulleuda⁸

¹ Servicios Médicos Centro Penitenciario Fontcalent, Alicante

² Servicios Médicos Centro Penitenciario Nanclares, Álava

³ Servicios Médicos Centro Penitenciario Puerto II, Cádiz

⁴ Servicios Médicos Centro Penitenciario Castellón

⁵ Servicios Médicos Centro Penitenciario Córdoba

⁶ Servicios Médicos Centro Penitenciario Barcelona hombres

⁷ Servicios Médicos Centro Penitenciario Navalcarnero, Madrid

⁸ Servicios Médicos Centro Penitenciario Mansilla, León

RESUMEN

Objetivos: Conocer características sociodemográficas/clínicas de los presos VIH +

Pacientes y Método: Estudio observacional de tipo transversal. Se selecciona a los 25 primeros pacientes de 8 Centros Penitenciarios que pasaron consulta un día designado de julio de 2003. Se analizan 199 pacientes.

Resultados: El 76,4% llevan ingresados en prisión más de 3 años. Presentan antecedentes UDI el 92,5%. Un 21,6% (47) refieren consumo actual de heroína y/o cocaína. En tratamiento con metadona están 132 (66,3%). 32 pacientes han padecido TBC y el 35,2% IITL. 178 de 193 (92%) presentaban anticuerpos de VHC, 150 de 189 (79,3%) presentaban HBC Ac. positivo. 11 de 186 (5,9%) HBSAg positivo. De 178 pacientes coinfectados por VHC, tienen realizada PCR de virus C 65 (36,5%) y es positiva en 62 (95,4%). Cumplen criterios de SIDA 44 (22,3%). 32 (16,8%) presentaban CD4<200. La media de CD4 es de 443,3 (±251,0). 110 (55,3%) han recibido algún TARV. 106 (54,8%) reciben TARV actualmente y de los 192 que tienen realizada una CV de VIH en 82 (42,7%) es < 400.

Conclusiones: El control de la infección VIH es correcto en el medio penitenciario, presentando los pacientes una buena situación clínica de media. Es necesario el establecimiento de programas para el control y tratamiento de las hepatitis virales.

Palabras clave: Prisión, VIH, Hepatitis C, Ficha Clínica.

CHARACTERISTICS AND CLINICAL SITUATION OF THE HIV INFECTED INMATE POPULATION IN SPANISH PRISONS

ABSTRACT

Background: We set out to establish the socio-demographical and clinical characteristics of HIV infected inmates.

Patients and Methods: Cross-sectional observation study. The first 25 patients in 8 different prisons were selected during surgery time on a designated day in July 2003. 199 patients were analysed.

Results: 76.4% had been in prison for more than 3 years. 92.5% had an IDU history. 21.6% (47) required consumption of heroin and/or cocaine at the time. 66.3% (132) were receiving methadone treatment. 32 patients had TB and 35.2% LTI. 178 out of 193 (92.2%) had HCV antibodies, 150 out of 189 (79.4%) were HBC Ac positive. 11 out of 186 (5.9%) were HBSAg positive. Out of the 178 HIV co-infected patients, 65 (36.5%) carried out PCR of virus C and were positive in 62 cases (95.4%). AIDS criteria were complied with in 44 cases (22.3%). 32 (16.8%) showed CD4<200. The CD4 mean was 443.3 (± 251.0). 110 (55.3%) had received some type of ARVT. 106 (54.8%) were receiving ARVT at the time and out of the 192 that had received an HIV VC the result was <400 in 82 (42.7%) of them.

Conclusions: Controls of HIV were adequate for the prison population. Inmates showed a good mean clinical condition. The establishment of viral hepatitis control and treatment programs are necessary.

Key words: Prison, HIV, Hepatitis C, Clinical Record.

Texto recibido: 22 de julio de 2005

Texto aceptado: 6 de febrero de 2006

INTRODUCCIÓN

En diversas publicaciones se ha reflejado la existencia de características diferenciales de los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) internados en prisión respecto a la población general infectada por el VIH¹⁻⁶ respecto a aspectos como las prácticas de riesgo, enfermedades definitivas de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y coinfección con los distintos virus de la hepatitis.

Con este estudio se pretende conocer si también en otros aspectos clínicos de estos pacientes se presentan rasgos distintivos, y por otra parte valorar si el estudio de enfermedades como las hepatitis víricas (a las que con la nueva aparición de tratamientos eficaces se les presta una renovada atención), se realiza habitualmente en la práctica médica en el medio penitenciario.

Para conocer las características de los pacientes penitenciarios se ha realizado un estudio en 8 prisiones españolas previamente seleccionadas.

El objetivo principal de este estudio es conocer las características sociodemográficas, penitenciarias y clínicas de los pacientes infectados por el VIH en los centros penitenciarios. Como objetivos secundarios se busca hallar los porcentajes de pacientes que tienen realizadas las diversas pruebas diagnósticas de las enfermedades más prevalentes en el momento actual.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional de tipo transversal.

La muestra se ha obtenido mediante la selección de los 25 primeros pacientes con infección conocida por el VIH, que entraron en las consultas de 8 médicos investigadores —pertenecientes a 8 centros penitenciarios distribuidos por toda la geografía española, y que representasen a los distintos tipos de centros (preventivos, penados y mixtos)— en un día opcional de julio de 2003 con independencia de cualquier otro factor. Si no se completaban los 25 pacientes en la primera consulta, se reclutaban en las sucesivas. Se analizan 199 pacientes por defectos en la recogida de datos de un paciente.

Las variables recogidas han sido **edad, sexo, tiempo de permanencia en el centro** donde se ha realiza-

do el estudio, **tiempo que lleva en prisión** durante toda su vida, **antecedentes personales, datos de drogadicción** —práctica y tiempo siendo usuarios de drogas intravenosas (UDI), consumo de drogas en prisión, y tratamientos con metadona o psicofármacos—, **datos de la exploración física** —peso, talla, existencia de tatuajes y estado buco-dental—, **serologías realizadas** —sífilis y hepatitis víricas—, **datos de la co-infección por el virus de la Hepatitis C (VHC)** —ARN cualitativo y cuantitativo de virus C, genotipo—, **niveles de transaminasas** y **datos de la infección por el VIH** —año de realización de la primera serología positiva, clasificación de la infección VIH según CDC, enfermedad definitiva de SIDA, última carga viral plasmática de VIH (CV VIH) realizada en los tres meses previos a la recogida de datos, y si consta en la historia las dos CV VIH previas (el nivel de indetectabilidad de la CV VIH en los centros participantes varía de 20 a 400 copias), subpoblaciones linfocitarias CD4 en los mismos términos que la CV y cifra nadir de CD4 agrupada en menor de 200, entre 200 y 500 y > de 500 células/mm³ (se ha tomado como cifra nadir de CD4 la referida en la clasificación CDC), fármacos antirretrovirales que han tomado previamente los pacientes y fármacos que estaban tomando en el momento del estudio—.

Los datos se han recogido en su mayor medida de las historias clínicas de los pacientes, preguntándose posteriormente otros y obteniéndose algunos mediante la exploración clínica. Se solicitó que no se reflejasen en los cuadernos de recogida de datos (CRD) datos serológicos o analíticos que se obtuviesen con posterioridad al día seleccionado para la recogida de datos, ya que uno de los objetivos de este estudio es valorar el porcentaje de pacientes que tenían iniciado y finalizado el estudio de sus enfermedades.

Las variables cualitativas se describen mediante la frecuencia y porcentajes. Para conocer el tipo de distribución que seguían las variables cuantitativas se ha utilizado la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Si su distribución era paramétrica se describe con media y desviación estándar, y cuando no seguían una distribución paramétrica con mediana y los percentiles 25-75. Para la comparación entre grupos de las variables cuantitativas que tienen una distribución paramétrica

se ha utilizado el Análisis de la Varianza (ANOVA), y las pruebas de Kruskal-Wallis y U. de Mann-Whitney cuando tienen una distribución no paramétrica. Para el estudio de asociación entre variables cualitativas se ha utilizado la prueba de la Chi cuadrado.

Se ha usado el programa SPSS 10.1

RESULTADOS

La media de edad de los pacientes incluidos en la muestra es de 36 (±6) años.

Un 96% de los pacientes (191) son hombres y sólo 8 (4%) son mujeres.

Se ha agrupado a los pacientes dependiendo del tiempo que han estado en prisión a lo largo de su vida y también respecto al tiempo que llevan internados en la prisión donde se ha realizado la recogida de datos, reflejándose en la tabla I y en la figura I, tanto en el total de pacientes como distribuidos por centro.

Refieren antecedentes personales quirúrgicos de interés (antecedentes de cirugía mayor) 47 (23,6%)

pacientes. Antecedentes no quirúrgicos refieren 83 (58,3%) reflejándose los más frecuentes en la tabla II.

	N (%)
Candidiasis orofaríngea	15 (7,5)
EPOC	6 (3)
Sífilis	2 (1)
Neumonía	14 (7)
Epilepsia	7 (3,5)
Psicosis	3 (1,5)
T. Depresivos	4 (2)
T. Personalidad	13 (6,5)
TBC extraP	8 (4)
TBC Pulm	25 (12,6)
Herpes Zoster	6 (3)

*Algunos pacientes presentaros varios antecedentes.

Tabla II. Antecedentes personales*.

La gran mayoría de los pacientes —184 (92,5%)— refieren antecedentes como UDI. La mediana del tiempo que ha pasado desde que iniciaron esa práctica hasta la recogida de datos es de 196,8 (±86,4) meses.

Un 54,3% (108) refieren continuar consumiendo drogas, respecto a un 45,7% que no consumen. 28 (14,1) pacientes refieren consumir heroína, igual número refiere consumir cocaína (y de estos 28, 13 consumen las dos drogas). Un paciente (0,5%) refiere consumir drogas de síntesis y 94 (47,2%) cannabis.

Refieren estar en tratamiento con metadona 132 pacientes (66,3%), en tratamiento con benzodiazepinas 130 (65,3%) y con neurolépticos 49 (25,3%).

Los datos obtenidos de la exploración física nos dan una media de peso de los 199 pacientes de 67,8 (±10,4) kilos. La mediana de la talla de los 175 pacientes que tenemos datos es de 170 (165-175) cms. Un 70,4% (140) de los pacientes tienen tatuajes.

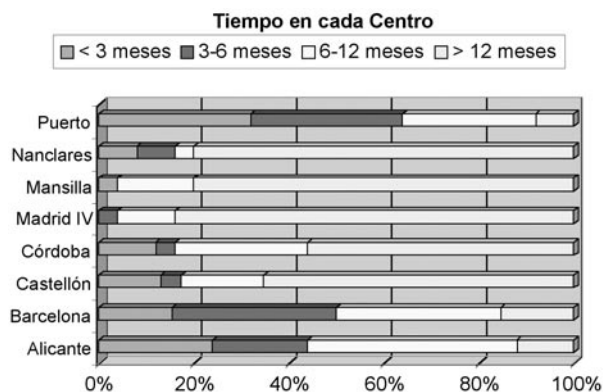


Figura I. Tiempo en prisión por centro.

	Estancia en el centro			Estancia en prisión			Total n(%)
	<6 meses n(%)	6-12 meses n(%)	> 12 meses n(%)	6-12 meses n(%)	1-3 años n(%)	> 3 años n(%)	
Alicante	11 (44)	11 (44)	3 (12)	5 (20)	7 (28)	13 (52)	25 (100)
Barcelona	13 (52)	8 (32)	4 (16)	1 (4)	2 (8)	22 (88)	25 (100)
Castellón	4 (16,7)	5 (20,8)	15 (62,5)	3 (12,5)	1 (4,2)	20 (83,3)	24 (100)
Córdoba	4 (16)	7 (28)	14 (56)	0	8 (32)	17 (68)	25 (100)
Madrid IV	1 (4)	3 (12)	21 (84)	0	2 (8)	23 (92)	25 (100)
Mansilla	1 (4)	4 (16)	20 (80)	2 (8)	2 (8)	21 (84)	25 (100)
Nanclares	4 (16)	1 (4)	20 (80)	2 (8)	2 (8)	21 (84)	25 (100)
Puerto	16 (64)	7 (28)	2 (8)	2 (8)	8 (32)	15 (60)	25 (100)
Total	54 (27,1)	46 (23,1)	99 (49,8)	15 (7,5)	32 (16,1)	152 (76,4)	199

Tabla I. Tiempo de estancia en el centro de estudio y total en prisión por centro.

Respecto al estado higiénico-sanitario buco-dental de los 197 pacientes que aportan datos, nos encontramos que 169 (85,8%) pacientes presentan caries y a 169 (85,8%) le faltan piezas dentarias.

Del total de la muestra, 32 (16%) pacientes han padecido una tuberculosis (TBC) —uno de ellos una forma mixta, 7 TBC extrapulmonar y 24 TBC pulmonar—. Cuatro casos se presentaron antes del ingreso en prisión no constando tratamiento. Tres casos habían sido tratados previamente de infección tuberculosa latente. De los 28 casos diagnosticados en prisión, 11 (39,3%) presentaron un mantoux >5mm, 8 (28,6%) radiografía con lesiones tuberculosas y 9 (32,1%) pacientes tenían cultivo en Lowenstein positivo. Baciloscopia positiva consta en 6 casos.

El tratamiento fue administrado directamente observado (TDO) a 22 (78,6%) de los 28 pacientes, a 2 (7,1%) no se les administró en TDO, y en 4 (14,3%) se desconoce la pauta de administración.

De los 167 pacientes sin antecedentes de TBC tienen realizado un mantoux 146 (87,4%) pacientes, en 70 (47,9%) de los cuales resultó positivo con una media en los 53 casos en los que consta el tamaño en milímetros de 15,5 (±6). Radiografía de tórax se realizó a 97 (58,1%) pacientes. Baciloscopia se realizó a 81 (48,5%) y cultivo se realizó en 71 (42,5%) casos.

Recibieron tratamiento para la Infección Tuberculosa Latente 44 (62,8%) de los 70 pacientes con mantoux positivo, y 6 pacientes con mantoux negativo. Finalizaron el tratamiento 33 casos (75% de los que la iniciaron).

Los estudios serológicos que se recogieron, con la frecuencia con la que estaban realizados y con la que resultaron positivos se recoge en la tabla III.

	Positivo n (%)	Negativo n (%)	No realizado n (%)
RPR	12 (6)	146 (73,4)	41 (20,6)
TPHA	7 (3,5)	151 (75,4)	41 (20,6)
AntiVHC *	178 (89,4)	15 (7,5)	6 (3)
HBC Ac	150 (75,4)	39 (19,6)	10 (5)
HBS Ac	95 (47,7)	73 (36,7)	31 (15,6)
HBS Ag	11 (5,5)	175 (87,9)	13 (6,5)
HBE Ag (n=11)	2 (1,8)	4 (32,7)	5 (45,5)
HD Ac (n=11)	1 (9,1T9)	0	10 (90,9)
VHA Ac Ig G	16 (8)	11 (5,5)	172 (86,4)

*3 (1,5%) pacientes presentan triple coinfección HB-HC-VIH

Tabla III. Serologías realizadas a los 199 pacientes.

Han sido vacunados de hepatitis A sólo 2 (1%) pacientes de la muestra.

Por el contrario sólo constan 9 (4,5%) pacientes con HBC Ac. y HBS Ac. en los que no se haya inicia-

do vacunación de HB y 9 (4,5%) pacientes con serología desconocida en los que tampoco se ha iniciado vacunación. Se iniciaron 49 pautas de vacunación contra la hepatitis B, de las cuales 24 están finalizadas.

No se ha realizado determinación de ADN de virus B a ningún paciente con HBS Ag⁺. De los 178 pacientes coinfectados por el VHC, se ha realizado una PCR de virus C a 65 (36,5%) y de éstos ha resultado positiva en 62 (95,4%).

Se ha realizado genotipo de virus C a 45 de los 62 (72,6%) pacientes con Hepatitis Crónica por Virus C (HCC) (25,3%), con los siguientes resultados:

	n (%)
Genotipo 1	22 (48,9)
Genotipo 2	1 (2,2)
Genotipo 3	11 (24,4)
Genotipo 4	11 (24,4)
Total	45 (100)

Tabla IV. Genotipos VHC.

De la muestra, se ha realizado biopsia hepática a 9 pacientes y se ha iniciado tratamiento contra la HCC en cuatro casos.

Se obtiene datos de transaminasas en 171 pacientes, con una mediana de AST de 42 (30-66). De ALT de 49 (31-81) y de GGT 55 (31-107).

Se ha calculado el tiempo que transcurre, en años, desde la infección por VIH hasta la fecha de recogida de datos en los 185 pacientes en los que se recoge el dato, resultando una media de 97,2 (±60) meses.

Se han aportado datos de la clasificación de la infección por el VIH según los CDD en 188 (94,5%) pacientes, encontrándonos lo reflejado en la tabla V. Dos pacientes tenían una clasificación parcial (sólo clínica) siendo ésta C, y tres pacientes que referían TBC pulmonar, en los antecedentes la padecieron antes de 1992, por lo que no se las considera evento definitorio de SIDA.

Estadio	n(%)
A1	46 (24,5)
A2	46 (24,5)
A3	16 (8,5)
B1	7 (3,7)
B2	18 (9,6)
B3	13 (6,9)
C1	2 (1,0)
C2	15 (8,0)
C3	25 (13,3)
Total	188 (100)

*Dos pacientes fueron clasificados como C (caso SIDA) sin constar el grado de clasificación inmunológica (n° de CD4).

Tabla V. Clasificación CDC*.

De estos 44 pacientes clasificados como grupo C (SIDA) se hace constar en la recogida de datos las enfermedades definitorias de SIDA en 40 pacientes y son las siguientes (tabla VI):

Enfermedades definitorias	n (%)
Candidiasis esofágica	3 (7,1)
Carcinoma cervix invasivo	1 (2,4)
Criptococosis extrapulmonar	2 (4,8)
LMF	1 (2,4)
Neumonías de repetición	3 (7,1)
Pneumocistys carinii	3 (7,1)
Sarcoma Kaposi	1 (2,4)
Tuberculosis pulmonar	20 (47,6)
Tuberculosis extrapulmonar/diseminada	8 (19)
Total	42 (100)

En dos casos se especifica dos enfermedades definitorias.

Tabla VI. Enfermedades definitorias de SIDA.

Tienen realizada una CV VIH en los 3 meses previos a la recogida de datos 192 (96,5%) pacientes, CV VIH < 50 copias RNA/ml la tienen 50 (26%) pacien-

tes, y 82 (42,7%) menores de 400. Si analizamos la evolución de la carga viral en la última analítica respecto a otra analítica que presente el paciente realizada durante los tres meses anteriores a la última y a una realizada seis meses antes nos encontramos los siguientes datos (tabla VII):

	< 400 n (%)	> 400 n (%)	Mediana CV detectables (P 25-75)
Última (n=192)	82 (42,7)	110 (57,3)	10.950 (2.208-48.800)
Previa en 3 m. (n=143)	66 (46,2)	77 (53,8)	14.200 (3.065-48.900)
Previa en 6 m. (n=132)	27 (40,3)	40 (59,7)	43.062,5 (10.650-76.500)

Tabla VII. Evolución de la Carga Viral de VIH.

Si analizamos las últimas cargas virales relacionadas con los pacientes según estén o no con tratamiento antirretroviral (TAR) nos encontramos (tabla VIII):

	<400 n (%)		Mediana CV detectables (P25/75)	
Pacientes con TAR	60 (57,1)	P<0,001	10.000 (1.000-51.400)	P NS*
Pacientes sin TAR	22 (25,3%)		12.000 (3.200-49.200)	
Total	82 (100)			

* No significativa.

Tabla VIII. Carga viral según estén los pacientes con TAR o no.

Si lo que analizamos son los valores de las subpoblaciones linfocitarias CD4 en los tres distintos análisis recogidos en el CRD podemos observar lo reflejado en la tabla IX.

	n	Media
Última	190	443 (±251)
3 meses	144	447 (±268)
6 meses	66	394 (±223)

Tabla IX. Evolución de los CD4.

Si comparamos la proporción de pacientes que se encuentran con menos de 200, entre 200 y 500 y con más de 500 CD4 en el momento de la recogida de da-

tos respecto a su situación nadir (determinada por la clasificación CDC en su apartado inmunológico), nos encontramos lo reflejado en la tabla X.

Subpoblaciones linfocitarias	Última analítica n (%)	CD4 Nadir n (%)
< 200 CD4	32 (16,8)	54 (28,7)
200-500 CD4	87 (45,8)	79 (42)
> 500 CD4	71 (37,4)	55 (29,3)
Total	190 (100)	188 (94,5)

Tabla X. Evolución CD4.

Y si lo anterior lo relacionamos según esté el paciente en TAR o no, encontramos (tabla XI).

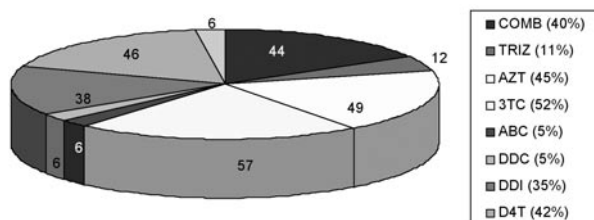
	CD4 < 200		CD4: 200-500		CD4 > 500	
	nadir n (%)	actual n (%)	nadir n (%)	actual n (%)	nadir n (%)	actual n (%)
Con TAR	41 (75,9)	24 (75)	46 (58,2)	53 (60,9)	15 (27,3)	28 (39,4)
Sin TAR	13 (24,1)	8 (25)	33 (41,8)	34 (39,1)	40 (72,7)	43 (60,6)
Total	54 (100)	32 (100)	79 (100)	87 (100)	55 (100)	71 (100)

Tabla XI. Relación de pacientes en tratamiento con CD4 nadir y actuales.

Si lo que relacionamos son los pacientes que son caso SIDA (clasificación C) y lo relacionamos con los pacientes que están en tratamiento observamos que 32 (76,2%) están con TAR, y que 10 (23,8%) no tienen pautado tratamiento.

Respecto a la situación de los pacientes en relación al tratamiento antirretroviral, 71 (35,7%) son *naive* para el tratamiento antirretroviral. De los 199 pacientes VIH positivo, 110 (55,3%) han recibido algún tratamiento antirretroviral (TAR) previo al momento de la encuesta.

Refieren haber tomado alguna vez inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de los nucleósidos (ITIAN) los 110 pacientes y análogos de los nucleótidos (ITIANt) 6 de los 110 (5,4%). La distribución de porcentaje de pacientes que han tomado los distintos fármacos se refleja en la figura II.

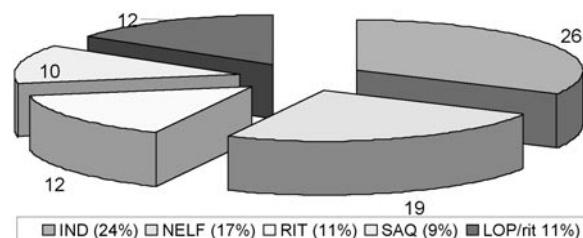


Número de pacientes y porcentaje de los 110 que han recibido cada fármaco.

Figura II. Experiencia previa con análogos de nucleósidos y nucleótidos.

Respecto a los Inhibidores de la Transcriptasa Inversa No Análogos de los Nucleósidos (ITINN), el 53,6% (59) de los pacientes tienen experiencia con este grupo de fármacos. La distribución entre los dos fármacos es paritaria (33 pacientes tienen experiencia con cada fármaco).

Por último, respecto a los Inhibidores de la Proteasa (IP), 57 pacientes (de 110) tienen experiencia con este grupo terapéutico, y la proporción de pacientes que ha usado los distintos fármacos es la reflejada en la figura III.



Ritonavir siempre en baby-dosis.

Figura III. Experiencia previa con ITINN e IP.

De los 199 pacientes con VIH positivo, 106 (54,8%) reciben actualmente tratamiento antirretroviral. La media de tiempo que llevan con este tratamiento es de 15,7 (±18,1) meses. 18 (17%) pacientes tienen una pauta de tres ITIAN o ITIANt. Los fármacos que componen esta pauta se observan en la tabla XII.

Combinación	n (%)
AZT+ 3TC + ABC	12 (66,7)
AZT+ 3TC + DDi	1 (5,55)
AZT+ 3TC + TDF	1 (5,55)
AZT+ ABC + TDF	1 (5,55)
DDI + 3TC+ D4T	1 (5,55)
DDI + 3TC+ TDF	1 (5,55)
DDI + ABC+ D4T	1 (5,55)
Total	18 (100)

AZT: zidovudina; 3TC: lamivudina; ABC: abacavir; DDi: didanosina; TDF: tenofovir; D4T: estavudina.

Tabla XII. Combinaciones de tres ITIAN.

44 (41,5%) pacientes tienen una pauta de dos ITIAN más un ITINN, y 44 (41,5%) una pauta con dos ITIAN más un IP.

La distribución de fármacos que componen la triple terapia que están tomando en el momento del estudio estos 106 pacientes figura en la tabla XIII.

Fármaco	n (%)
Zidovudina	56 (52,8)
Lamivudina	79 (74,5)
Abacavir	13 (12,2)
Didanosina	28 (26,4)
Estavudina	41 (38,7)
Tenofovir	12 (11,3)
Efavirenz	20 (18,9)
Nevirapina	24 (22,6)
Indinavir	12 (11,3)
Nelfinavir	9 (8,5)
Ritonavir*	5 (4,7)
Saquinavir	4 (3,8)
Lopinavir/rit	21 (19,8)

* Ritonavir siempre en baby dosis.

Tabla XIII. Fármacos presentes en las pautas actuales.

No existen diferencias significativas entre la proporción de pacientes con carga viral < 400 copias ARN/ml. dependiendo de la pauta antirretroviral que toman (tabla XIV).

	CV<400 n (%)	CV>400 n (%)	TOTAL n (%)	
Tres ITIAN	8 (44,4)	10 (55,6)	18 (100)	
Dos ITIAN+ITINN	26 (60,5)	17 (39,5)	43 (100)	P NS
Dos ITIAN+IP	26 (59,1)	18 (40,9)	44 (100)	

Un paciente con pauta de ITINN no tiene realizada CV.

P NS: No significativa.

Tabla XIV. Proporción de CV < 400 dependiendo de la pauta de TAR.

Los pacientes con TAR presentan cifras de ALT y AST levemente inferiores a los que no están con TAR, y de GGT superiores aunque sin diferencias significativas.

DISCUSIÓN

El primer aspecto que destaca en este estudio es que un elevado número de pacientes lleva más de tres años en prisión (76,4%), permaneciendo el 92,5% ingresados más de un año, en contraste con el que lleva más de un año en la misma prisión, que no llega al 50%. Si la permanencia en el Centro Penitenciario donde se recogieron los datos la individualizamos por centros (figura I) podemos volver a observar la existencia de centros en los que los pacientes permanecen durante tiempo prolongado (Madrid IV, Mansilla y Nanclares), centros donde la movilidad es alta (Puer-

to, Alicante y Barcelona) y centros mixtos (Córdoba y Castellón). Estos datos pueden hacer ver la elevada rotación que tienen los pacientes infectados por el VIH en las prisiones, situación que puede dificultar su control, requiriendo esfuerzos adicionales⁷.

Aunque es probable que los antecedentes personales psiquiátricos estén infraestimados dado que la recogida de este dato es a través de la historia clínica, es llamativo que el 3,5% de los pacientes refieran antecedentes epilépticos, el 1,5% antecedentes psicóticos y un 8,5% trastornos depresivos o de la personalidad. Si a este dato unimos que el 25,3% de los pacientes está en tratamiento con neurolépticos, el 65,3% con benzodiazepinas y el 66,3% con metadona, junto a que más del 50% de la muestra refiere consumir drogas (aunque si descontamos el cannabis este porcentaje se reduce al 20,6%), podemos considerar que uno de los principales problemas de los pacientes infectados por el VIH en prisión es la toxicomanía y la comorbilidad psiquiátrica.

También destaca la alta comorbilidad que presentan con la TBC. Como mínimo, y teniendo en cuenta que algunos pacientes serán anérgicos, el 51,3% de los pacientes o están infectados por la tuberculosis o la han padecido, cifra muy superior a las encontradas en otros estudios⁸.

También son altas las comorbilidades con otras infecciones, pues el 75,4% de los pacientes ha estado en contacto con el virus de la hepatitis B (VHB) presentando el 5,5% infección crónica por el VHB. La coinfección con el virus de la hepatitis C (VHC) es del 89,4%, superior a la de la población VIH general que es del 64%⁹. Es de destacar la poca frecuencia con que los pacientes de la muestra tienen realizadas serologías complementarias del VHB, del VHA y del virus de la hepatitis Delta (VHD) en contraposición al elevado porcentaje de pacientes que tienen realizadas las serologías básicas de VHB y la del VHC.

También es escaso el número de pacientes que tienen realizados estudios virológicos de la HB (ningún paciente de 11) o de la hepatitis C, ya que sólo se le ha realizado una determinación de ARN de virus C al 36,5%. Si observamos este dato por prisiones, nos encontramos que en tres prisiones han realizado el ARN a más del 60% de los pacientes con VHC positivo, en dos prisiones se ha realizado a una proporción que varía entre el 20-25%, en dos a proporciones menores al 10% y en una prisión no se le ha realizado a ningún paciente.

Como consecuencia de lo anterior, el número de biopsias realizadas también es muy bajo, así como el de tratamientos iniciados. Hay tres prisiones donde no se ha realizado biopsia a ningún paciente, y una

prisión donde se han realizado el 44,4% de las biopsias. Respecto a los tratamientos, sólo dos prisiones tienen en tratamiento a pacientes con infección crónica por virus C.

Respecto a la infección por el VIH, el aspecto inicialmente más llamativo es que es muy alto el número de pacientes que tienen realizadas las pruebas diagnósticas y los controles de su enfermedad, así como los que tienen pautado tratamiento.

Contrasta que si la media de tiempo que los pacientes han sido UDI es de 197 meses, el tiempo desde el que se conoce su infección por VIH es de sólo 97 meses, diferencia muy importante y que no se debe considerar como un retraso diagnóstico, sino como la corroboración de que muchos pacientes infectados por el VIH que ingresan en prisión no están integrados en los sistemas de salud previamente a su ingreso.

La situación respecto a la infección VIH de los internados en prisión es globalmente buena y esto se puede afirmar en base a:

1. La situación virológica respecto a la infección VIH de los pacientes es aceptable. El 42,7% de los pacientes tiene CV < 400 copias, y la mediana de los que tienen CV > 400 es relativamente baja (10.950 copias). Por otra parte el porcentaje de pacientes con carga viral < 400 en tratamiento es del 57,1%.
2. La situación inmunológica de los pacientes también es buena, con una media de CD4 de 443 (\pm 251) y sólo el 16,8 de la muestra tiene una cifra de CD4 menor de 200, cuando consta que el 28,7% ha tenido una cifra nadir menor de 200.
3. El porcentaje de pacientes en tratamiento también es alto. Destaca que en total sólo 10 pacientes que según las directrices deberían estar tomando tratamiento (CD4 < 200 o con evento clínico C), lo que en un medio como es el penitenciario con pacientes complejos, y muchas negativas a tratamiento muestra un muy alto nivel de prescripción.
4. La cuarta parte de los pacientes (42) son caso SIDA, y como también se ha notificado¹⁰ previamente, la mayor parte de estos casos SIDA (66,6%) han sido declarados con la Tuberculosis como enfermedad definitiva

Otros aspectos destacables son la proporción de pacientes que son *naïve* para el TAR 35,7%, y el elevado porcentaje que en el año en el que se realiza la encuesta (2003) tienen pautados tratamientos con tres ITIAN —algunos de los cuales actualmente no se prescribirían— o pautas con IP que actualmente están en segunda o tercera línea terapéutica.

Como conclusión, se puede afirmar que el control de los pacientes VIH en el medio penitenciario es bueno, dato corroborado por otros estudios¹¹, pero que se deben implementar programas para un mejor control de las hepatitis virales crónicas y aumentar las posibilidades para que los pacientes puedan tratarse, camino en el que ya se han establecido programas¹².

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Saiz de la Hoya P, Marco A. Variables que afectan a la adherencia en población general y en el colectivo penitenciario. En: Manual de Formación. Adherencia al tratamiento con fármacos antirretrovirales dentro y fuera de prisión. Madrid: Doyma, 1999.
2. Marco A, Humet V, Guerrero R, Saiz de la Hoya P, Gallego C. La realidad sobre el VIH en las cárceles españolas. JANO SIDA y HUMANIDADES 2000; 2: 5-9.
3. Marco A, Gallego C, Lonca M, Pérez-Amigó P, Monfort A, Gramunt J, et al. Estudio multicéntrico penitenciario sobre adherencia a corto plazo de una pauta antirretroviral con Nelfinavir y/o Saquinavir. Rev Esp. Sanid Penit 2002; 4: 4-9.
4. Marco A, Guerrero RA, Rodríguez AM, Escribano M, Humet V, Mercadé E, et al. Características de los casos de SIDA detectados en una prisión de Barcelona (1991-1993). Aten Primaria 1995; 15: 487-90.
5. Martín V, Bayas JM, Laliga A, Fumarola T, Vidal J, Jiménez de Anta MT, et al. Seroepidemiology of HIV-1 infection in a Catalanian penitentiary. AIDS 1990; 4: 1023-6.
6. Caylà JA, Marco A, Bedoya A, Guerrero RA, García J, Martín V, et al. Differential characteristics of AIDS patients with a history of prison internment. Int J Epidemiol 1995; 24: 1188-96.
7. Martínez-Redondo X, Marco A, Torrella M, Gardia D, Guixè Q. ¿Cómo intervenir con los VIH+ ingresados en una dependencia penitenciaria de gran movilidad? [Abstract nº 31]. Granada: III Congreso Nacional de Sanidad Penitenciaria y V Jornadas de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria, 2000.
8. Martín V, Caylà JA, Castilla J. Temporal trends of Mycobacterium Tuberculosis and Human Immu-

nodeficiency Virus coinfection in penitentiary population on admission to prison [abstract 914]. Lisbon: Seventh European Conference on Clinical Aspects and Treatment of HIV-infection, 1999.

9. Pacheco R, Hernández S, Díez S, Díez J, Arribas JR, García P et al. Características clínicas y epidemiológicas de la infección por el VIH en España y prevalencia de las coinfecciones por virus de hepatitis. Resultados finales del estudio Gesida 29/02 FIPSE 12185/01. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2004; 22 (suplem 1): 240-241.
10. Anónimo. Resultados en Salud. Memoria 1998. Madrid: Subdirección General de Sanidad Penitenciaria, 1999.
11. Portilla J, Saiz de la Hoya P, García-Guerrero J, Sánchez-Paya J, Marco A, Moreno S, et al. Situación clínica, virológica e inmunológica de la población reclusa con infección por el VIH en los

centros penitenciarios españoles. Bilbao: Congreso de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC), mayo 2004.

12. Saiz de la Hoya P, Ortega E, Alía C, Aranda MJ, Asensi V, García-Guerrero J, et al. Protocolos de coordinación entre servicios sanitarios penitenciarios y hospitales de referencia. Madrid: SCM, 2004.

CORRESPONDENCIA:

Pablo Saiz de la Hoya Zamácola
Centro Penitenciario Fontcalent (Serv. Médicos)
Polígono Pla de la Vallonga
03113 Alicante
correo electrónico: pabloshz@coma.es
Teléfono: 965 287 355 ext: 173