

Características de los ingresos hospitalarios generados en un centro penitenciario (1995-1997)

M Miguel (*), J García (**), S Rincón (**)
A Herrero (**), E Vera (**), I Meneu (***)

(*) Servicio de Medicina Interna. Hospital Provincial. Castellón.

(**) Servicios Médicos. Centro Penitenciario. Castellón.

(***) Servicio de Radiología. Hospital Provincial. Castellón.

RESUMEN

Objetivo: Conocer las características epidemiológicas básicas de los internos en prisión ingresados en el Hospital.

Material y Método: Estudio descriptivo, retrospectivo de historias clínicas e informes de alta de los enfermos hospitalizados desde nuestra prisión. Se estudia edad, sexo, fecha de ingreso, días de estancia, motivo de ingreso, servicio en que ingresó, seropositividad VIH, toxicomanía, éxitus, reingresos y si el ingreso fue urgente o no. Hubo 214 episodios de ingreso, pero excepto para estudio de estacionalidad, sólo se valoran 192 por no disponer de las historias clínicas. Se utiliza el paquete EpiInfo 6.0.

Resultados: 192 ingresos 158 (82,3%) urgentes y 34 (17,7%) programados. 179 varones y 13 mujeres con una edad media de 31,3 años (Rango 19-65. Desv. Est. 7,904). Estancia media 13,45 días (2-143) con 2.548 estancias totales. El principal motivo de ingreso es la enfermedad común (145 veces), después las lesiones (22), los cuadros psiquiátricos (17) y las intoxicaciones medicamentosas (8). Significativamente ($p=0,03$) la primera da lugar a más días de estancia que las demás. El servicio de M. Interna es el más demandado (106 episodios), 18 ingresos en Psiquiatría y 68 en otros servicios (destaca Cirugía con 30). En M. Interna se causan más estancias que en los otros ($p=0,005$). En 118 ocasiones (61,4%) el ingresado era VIH+, y estos eran más jóvenes que los ingresados VIH- ($p=0,0052$) y causaron 6 días más de estancia media que los VIH- ($p=0,019$); el ingreso de un VIH+ se asocia con hospitalización urgente (O.R.: 3,23; $p=0,0022$). El 76,6% del total de ingresos se observan en toxicómanos que son casi siete años más jóvenes que los no consumidores de drogas ($p=0,000005$). 67 enfermos precisaron uno o más reingresos y hubo 13 óbitos intrahospitalarios (6,77% de los episodios de ingreso, pero 10,4% de los pacientes que ingresaron alguna vez). Ocupamos 2,35 camas/día con una tasa de ingreso de 11,6/100 internos/año.

Conclusiones: Mayoritariamente los reclusos hospitalizados son VIH+ y toxicómanos. El preso hospitalizado seropositivo y toxicómano es más joven que el que no cumple estas condiciones. Los servicios hospitalarios esenciales para la prisión son M. Interna, Cirugía y Psiquiatría. Los presos hospitalizados tienen elevada morbilidad y baja-moderada mortalidad.

Palabras Clave: Hospitalización. Prisiones. Factores epidemiológicos.

EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PRISON INTERNS ADMITTED IN TO PRISON HOSPITALS (1995-1997)

ABSTRACT

The objective of this paper is to study the basic epidemiological characteristics of prison interns in the prison hospital.

The materials and the methods used were a descriptive retrospective study of the clinical histories and discharge reports of hospitalised patients in the hospital under study. Age, gender, admission date, stay days, reason for admission, hospital service to which the patient was admitted, HIV seropositivity, substance abuse, mortality, re-admission and if the admission was urgent or not were all studied. There were 214 admission episodes, but apart from the stationary study, only 193 could be evaluated due to the unavailability of clinical histories. The data was processed with the Epiinfo 6.0 statistical package.

The results were: admissions, 192 with 158 (82.3%) urgencies and 34 (17.7%) programmed. 179 were male and 13 were female with an average age of 31.3 years of age (range 19-65; Standard Deviation: 7.904). The average stay was 13.45 days (2-143) with 2548 stays in total. The primary reason for admission was common illness (145 episodes) followed by lesions (22), psychiatric disorders (17) and drug intoxication (8). Significantly ($p=0.03$) common disease produced a higher average stay than

other causes of admission. Internal Medicine was the service most demanded (106 episodes), 18 admissions to Psychiatry and 68 for other services (Surgery is notable for having a figure of 30). It is relevant to note that ($p=0.005$), inmates admitted into Internal Medicine stayed more than those admitted to other services. On 118 occasions (61.4%) the patients were HIV+, they were younger than admitted HIV- patients, $p=0.0052$, and spent 6 more days in hospital stay than HIV- patients, $p=0.019$; the HIV+ inmates admitted to running a greater risk of entering hospital through Emergency (O.R.:3.23; $p=0.0022$). The 147 admissions observed in patients with drug-addiction (76.6% of the total) were almost 7 years younger than those observed in non drugs-consumers ($p=0.000005$). 67 needed one or more re-admission and there were 13 deaths (6.77% of the admission episodes, but 10.4% of all the patients that entered at some time). Occupation was 2.35 beds per day with a rate of admission of 11.6 per 100 inmates per year.

The conclusions indicate that the majority of hospitalised inmates are HIV+ and substance abusers. The seropositive and substance-abusing inmate is younger than those who do not fulfil these conditions. The most necessary hospital services in a prison are Internal Medicine, Surgery and Psychiatry. Hospitalised inmates show high levels of morbidity and low to moderate mortality.

Key Words: Hospitalization. Prisons. Epidemiologic Factors.

INTRODUCCIÓN

La asistencia hospitalaria a la población interna en centros penitenciarios es un aspecto poco conocido de la atención sanitaria a estos enfermos y son pocos los estudios publicados al respecto. El conocimiento de los ingresos hospitalarios generados por los reclusos, pensamos que puede ser de interés para el sistema hospitalario al menos en dos aspectos:

- En primer lugar, el conocimiento de las características epidemiológicas contribuirá a organizar más eficientemente las unidades de hospitalización a ellos destinadas y a asignar racionalmente y de forma programada los recursos hospitalarios que se precisen y no «a demanda» como hasta ahora sucedía.
- En segundo lugar, contribuirá a elegir la mejor ubicación de estas unidades dentro del propio hospital y en el conjunto de los recursos hospitalarios del Sistema Nacional de Salud.

Para el sistema penitenciario el conocimiento de estos datos es de interés ya que permitirá detectar sujetos de riesgo, tener una estimación de estancia hospitalaria previsible, prever necesidades de recursos hospitalarios y de fuerza de custodia policial y tener

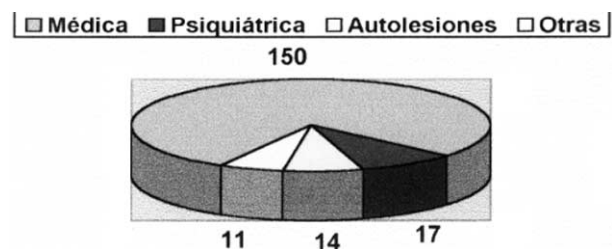


Fig. 1. Ingresos hospitalarios por patologías presentadas.

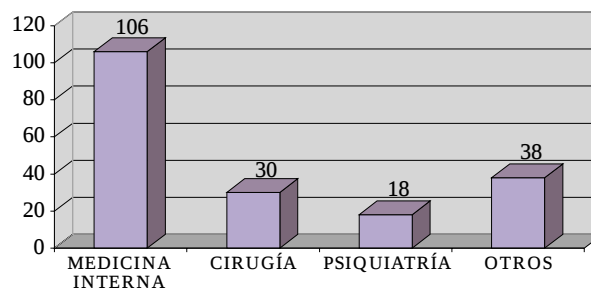


Fig. 2. Ingresos hospitalarios por servicios.

datos sobre coste económico de este aspecto del internamiento en la prisión.

Con estos antecedentes nos planteamos realizar el estudio que presentamos a continuación:

OBJETIVOS

Conocer las características epidemiológicas de los enfermos que precisaron ingreso hospitalario procedentes del Centro Penitenciario de Castellón, entre el 1-1-95 y el 31-12-97.

MATERIAL Y MÉTODO

A partir del registro de hospitalizaciones de la Prisión, se realiza un estudio descriptivo y retrospectivo de las historias clínicas y de los informes de alta hospitalaria, de todos los enfermos que produjeron al menos una estancia hospitalaria durante el período de referencia; entendemos estancia hospitalaria cuando el enfermo causa alta en la unidad de hospitalización de judiciales; no entran en nuestra casuística los en-

fermos atendidos en Urgencias y que no pasaron de este departamento del Hospital.

De todos los hospitalizados estudiamos edad, sexo, días de estancia, diagnóstico al alta hospitalaria, ingreso programado o no, sistema o aparato afectado, servicio hospitalario de ingreso, motivo de ingreso, exitus o no, presencia de infección VIH, VHB, VHC, Toxicomanía/UDVP, si produjo reingresos o no en el período estudiado.

RESULTADOS

En el período estudiado pasan por la Prisión un total de 3569 personas con una población media de 554 internos. Se produjeron 192 episodios de ingresos: 159 por la vía de Urgencias y 33 programados.

En 179 (93,2%) de las ocasiones el ingresado era varón y en 13 (6,8%) eran mujeres; encontramos una edad media para todos ellos de 31,3 años (rango 19-65). Se generaron 2.584 días de estancia hospitalaria con una estancia media de 13,45 días por ingreso (rango 2-143). Las patologías más fuertemente asociadas fueron: Toxicomanías: 146 (76,04%), Infección VIH: 118 (61,4%), VHB: 39 (20,3%), VHC: 84 (42,7%). La condición de UDVP era común a 141 (73,43%) de todos los ingresos.

El motivo de ingreso más frecuentemente hallado fue la enfermedad común —150 pacientes— especialmente por afectación respiratoria (n=43, 22,4%), seguido de cuadros psiquiátricos (n=17, 8,9%) y agresiones-autolesiones (n=14, 7,28%).

Por servicios ingresaron 106 veces en M. Interna, 30 en Cirugía, 18 en Psiquiatría y 38 en otros servicios.

67 pacientes precisaron uno o más reingresos y se dieron 13 óbitos (6,77% de los episodios de ingreso, pero 10,4% de los pacientes que ingresaron alguna vez).

La ocupación media fue de 2,35 camas/día con una tasa de ingreso de 11,6 ingresos/100 internos/año.

DISCUSIÓN

Clásicamente el perfil social del recluso español fue el de una persona joven, varón, de bajo nivel cultural y procedente de los estratos socioeconómicos más bajos de la sociedad. A lo largo de las dos últimas décadas este retrato se ha ido haciendo cada vez más nítido y la persona tipo que ingresa hoy en un centro penitenciario es varón (90,7%), con una edad media de 31,5 años, estudios primarios incompletos y nivel

socioeconómico medio-bajo¹, y que presenta como característica fundamental que lo diferencia del interno de épocas pretéritas, el ser o haber sido en algún momento de su vida usuario de drogas por vía parenteral (UDVP) en hasta un 50% de ellos²⁻⁴, y este hábito va a ser condicionante fundamental de la patología que vemos los Equipos de Atención Primaria de las prisiones.

Es de sobra conocido que el uso compartido de jeringuillas entre los UDVP es el principal factor de riesgo asociado a la prevalencia de la infección por VIH³⁻⁵, circunstancia ésta que, por diversos motivos y fundamentalmente por la poca implantación de programas de reducción de daño entre los drogodependientes en las prisiones, se ve potenciada en nuestros Centros. También está bien establecida la alta incidencia de coinfección VIH-M. Tuberculosis que se da en nuestras prisiones, así como que la prevalencia de infección por M. Tuberculosis es muy alta entre los UDVP⁷⁻¹¹.

En otro orden, también está publicada la alta relación existente entre la condición de UDVP e infección-coinfección VIH, VHB, VHC^{12,13}.

Todas estas circunstancias anteriormente expuestas condicionan fuertemente la patología que, generada en la prisión, requiere atención e ingreso hospitalarios, y nuestros hallazgos son coherentes con ese principio general. En nuestro estudio hallamos altos porcentajes de los pacientes que precisan atención hospitalaria con infección por VIH (61,4%), VHB (20,3%) o VHC (42,7%); siendo el substrato común en casi el 75% de todos ellos la condición de UDVP pasada o presente.

De forma coherente, el servicio hospitalario más requerido es el de M. Interna en más de la mitad de los casos, de los que más de la cuarta parte —43 pacientes— lo fueron por patología respiratoria, fundamentalmente de vías bajas y en relación con la infección por VIH, teniendo 13 diagnósticos finales de tuberculosis respiratoria, 4 de neumonía por *Neumocistis Carinii* y 15 neumonías bacterianas más por cualquier otra causa.

Son escasas las referencias bibliográficas que hemos podido hallar sobre el tema¹⁴⁻¹⁶, pero los datos encontrados al respecto de utilización de servicios, estancia media y tasa de ingreso no difieren demasiado de éstos¹⁴, sucede lo mismo en lo referido a prevalencia de UDVP e infección por VIH y VHC entre los enfermos ingresados¹⁵. Sí que tenemos sin embargo prácticamente el doble de ingresos por motivos psiquiátricos que en otros estudios publicados¹⁴. No hemos encontrado datos sobre mortalidad intrahospitalaria entre reclusos hospitalizados con que compararnos, pero no parece que la que hemos encontrado sea alta teniendo

en cuenta la patología que derivamos al Hospital. Un aspecto que llama la atención es la baja tasa de ingresos programados que tenemos; parece lógico que siendo una población tan conocida por los Equipos de Salud de las prisiones y con patologías fundamentalmente infecciosas crónicas, se deberían producir más ingresos para estudio y diagnóstico de procesos que forzosamente quedan fuera del alcance de un equipo de Atención Primaria, y más teniendo en cuenta que son muy raros los ingresos programados para tratamientos quirúrgicos programables de cualquier especialidad; es posible que factores como disponibilidad de fuerzas de custodia policial, malas condiciones de habitabilidad de las unidades de hospitalización para reclusos, dificultades de gestión administrativa de estos enfermos e incluso, todavía, reticencias por parte de especialistas hospitalarios determinados tengan que ver con ello, pero sería necesario profundizar en este estudio para poder afirmarlo con seguridad.

Todos los días del período estudiado se ocuparon 2,3 camas de hospital por enfermos de la prisión. Este número, referido a la media de la población reclusa, permite concluir que es necesaria una cama de hospital por cada 240 presos, lo que supone una necesidad de recursos en este campo muy superiores a los de la población general si tenemos en cuenta el segmento de edad predominante en los internos.

No obstante todo lo anterior, en los últimos meses se está percibiendo un cambio a mejor en todos estos indicadores, cambio que previsiblemente se acentuará en los próximos meses/años. La instauración y generalización en las prisiones de las terapias antirretrovirales de alta eficacia (TAAE), con seguridad que profundizará la magnitud y calidad de estas modificaciones; la mejoría clínico-inmunológico-virológica que se produce en estos pacientes por efecto de estas terapias¹⁷⁻²⁰ deberá de repercutir para mejor, en aspectos tales como motivo de ingreso, servicio más requerido, estancia media, ocupación de camas, morbilidad y mortalidad intrahospitalarias. Es intención de los autores evidenciar todos estos aspectos con un seguimiento de los ingresos hospitalarios que se generen en nuestro Centro durante los años 1998, 1999 y primera mitad del 2000 y estudio con la misma metodología que el actual para presentarlo y sacar las conclusiones que procedan en el III Congreso Nacional de Sanidad Penitenciaria a celebrar (D.m.) en Granada.

CONCLUSIONES

Se precisa una cama de hospital por cada 240 internos en Prisión. Hay una clara relación entre recluso

hospitalizado y toxicomanía —fundamentalmente UDVP—, estar infectado por el VIH, VHB y VHC. Los servicios hospitalarios esenciales son M. Interna, Cirugía y Psiquiatría. Los presos hospitalizados presentan una elevada morbilidad y baja-moderada mortalidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Situación socio-sanitaria de las personas que ingresan por primera vez en prisión en 1996. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Área de Salud Pública. Julio, 1997.
2. Marco A, Martín V, Garrote G. Sida y población reclusa en España. JANO 22-28, marzo 1996. Vol. L-Nº 1160: 996-1001.
3. Martín-Sánchez M. Programa de prevención y control de enfermedades transmisibles en Instituciones Penitenciarias. Revista de estudios penitenciarios. Monográfico de Sanidad Penitenciaria 1990, Extra-1: 51-67.
4. Corella I. Encuesta junio 1998 sobre situación actual de la Sanidad Penitenciaria. Reunión Nacional sobre "Organización del Sistema Sanitario". Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Toledo, diciembre 1998.
5. Marco A, Mangües J, Varoncha C, Bedoya A, Humet V y Grupo Seroconversión VIH (Quintero S, Olavide P, Gallego C, Escribano M, Ariño JL, Quiroga T). Estudio multicéntrico penitenciario de factores predictores de seroconversión al VIH. Resultados preliminares. II Congreso Nacional de Sanidad Penitenciaria. Barcelona, noviembre 1998. Libro de Ponencias y Comunicaciones: 333.
6. Pérez F, Alonso FJ, Urbina J. Prevalencia de infección por VIH y Tuberculosis. II Congreso Nacional de Sanidad Penitenciaria. Barcelona, noviembre 1998. Libro de Ponencias y Comunicaciones: 420.
7. Martín V, González P, Caylá JA, Mirabet J, Cañellas J, Pina JM et al. Case-finding of pulmonary tuberculosis on admission to a penitentiary centre. Tubercle Lung Disease 1994, 75: 49-53.
8. Martín V, Álvarez-Guisasola F, Caylá JA, Álvarez JF. Predictive factors of M. Tuberculosis infection and pulmonary tuberculosis in prisoners. Int J. Epidemiol. 1995; 24: 630-636.
9. Bedia M, López G, Saiz de la Hoya P, Llorente Mª I, Cebriá J, Navajas A. Estudio despistaje radiológico de TBC Pulmonar en una población reclusa. II Congreso Nacional de Sanidad Penitenciaria. Barcelona, noviembre 1998. Libro de Ponencias y Comunicaciones: 440.

10. Martín V, Caylá JA, Bolea A, Paz JA. Evolución de la prevalencia de la Infección por M. Tuberculosis en una población reclusa al ingreso en prisión entre 1991 y 1996. *Med. Clin. (Barc)* 1998; 111: 11-16.
11. Fernández de la Hoz K, Gómez P, García M. Factores de riesgo asociados a la infección tuberculosa en las prisiones españolas. IV Reunión Nacional sobre el Sida. Santander, marzo 1998. Pub. Of. SEISIDA. Vol 9, Supl-1, marzo 1998: 61.
12. Borraz JR, Acín E, Juárez I, Lorenzo M, Wood M, González JM, Narganes L. Estudio de prevalencia de hepatitis víricas y coinfección VIH en el C.P. Dueso. II Congreso Nacional de Sanidad Penitenciaria. Barcelona, noviembre 1998. Libro de Ponencias y Comunicaciones: 339.
13. Pallás JR, Llorca F, Fariñas-Alvarez C, Delgado M. Factores de riesgo de coinfección de los virus VHC, VHB y VIH. Un estudio de prevalencia en los centros penitenciarios de Cantabria. *Gac. Sanit.* 1997; 11: 63.
14. Gayo C, Guallart J, Castro N, Sanz J, Nieto J, de la Torre R. Utilización de recursos hospitalarios del Sistema Nacional de Salud. I Congreso Nacional de Sanidad Penitenciaria. León, noviembre 1993. Libro oficial de Ponencias: 379.
15. Suárez D. Patología incidente en reclusos del C.P. de Foncalent ingresados el pasado año en nuestro Hospital. II Congreso Nacional de Sanidad Penitenciaria. Barcelona, noviembre 1998. Libro de Ponencias y Comunicaciones: 425.
16. Barrios M. Balance asistencial Hospital 12 de Octubre, dentro de un artículo periodístico sobre asistencia hospitalaria a reclusos. *Diario Médico* 27-10-98: 4.
17. Guardiola F, Coma E, Baraldes A, López-Contreras J, Sambeat MA, Fusté M, Ris J, Domingo P, Cadafelch J. Influencia de la terapia antirretroviral combinada en la hospitalización de pacientes VIH/Sida en la era de los inhibidores de proteasa. IV Reunión Nacional sobre el Sida. Santander, marzo 1998. Pub. Of. SEISIDA. Vol 9, Supl-1, marzo 1998: 14.
18. Palella F, Delaney KM, Moorman AC et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. *N. Engl. J. Med.* 1998; 338: 853-860.
19. Peter JB, Declining HIV RNA viral loads in the United States. *J. Acquir Immune Defic. Syndr.* 1998; 17: 186.
20. Lorente P, Planella R, González J. Eficacia del tratamiento antirretroviral en el C.P.P. durante un año con diferentes pautas. II Congreso Nacional de Sanidad Penitenciaria. Barcelona, noviembre 1998. Libro de Ponencias y Comunicaciones: 421.