

Aceptación de un programa de diagnóstico y tratamiento de la Infección por el virus de la Hepatitis C por la población interna en el C.P. de Sevilla

I Faraco

Servicios sanitarios Centro Penitenciario de Sevilla

RESUMEN

Fundamento: La Hepatitis C es un serio problema de salud en las prisiones, por su altísima prevalencia y por la gravedad de sus complicaciones. Por ello pusimos en marcha un programa para combatir esta infección, en colaboración con nuestro hospital de referencia.

Objetivos: Obtener información sobre prevalencia de genotipos virales y lesiones histológicas más frecuentes. Proporcionar la mejor atención posible a los afectados de esta patología. Valorar el grado de aceptación de las intervenciones previstas en el programa por parte de los internos.

Método y pacientes: Diseño y puesta en marcha de un protocolo de actuación conjunto con la unidad de referencia hospitalaria. Dirigido a los internos con anticuerpos anti-VHC del C.P. de Sevilla. Se describen las características generales de los pacientes incluidos en el período estudiado (01-06-00/31-05-02) y el grado de aceptación obtenido. Los resultados se expresan en numerales absolutos y porcentajes.

Resultados: 117 pacientes incluidos. 114 (97,4%) aceptan participar y 3 no. 112 hombres y 5 mujeres con un rango de edad entre 21 y 50 años. 86 pacientes ya iniciaron el programa. El genotipo más frecuente es el 1 (a ó b). 52 biopsias hepáticas realizadas y 10 más programadas. 44 tratamientos iniciados con 11 abandonos, sólo dos por efectos secundarios.

Distribución genotípica: Genotipo 1 (a ó b): 51,02%; Genotipo 2: 6,12%; Genotipo 3: 32,65%; Genotipo 4 (c ó d): 10,20%.

Conclusiones: El programa es mayoritariamente aceptado por los internos. Se debe potenciar la implantación de estos programas en las prisiones como mejor manera de prevenir la futura mortalidad por esta causa.

Palabras clave: Hepatitis C, prisión, tratamiento

ACCEPTANCE OF A DIAGNOSIS PROGRAMME AND TREATMENT OF INFECTION CAUSED BY THE HEPATITIS C VIRUS BY INMATES OF SEVILLE PRISON

ABSTRACT

Background: Hepatitis C is a major health problem in prisons because of its high prevalence and the seriousness of its complications. For this reason we implemented a programme to combat this infection, in collaboration with our referral hospital.

Objectives: To obtain information on the prevalence of the most common viral genotypes and histological lesions. To provide the optimum attention possible to those affected with this pathology. To assess the degree of acceptance of the treatments envisaged in the programme by the inmates.

Method and patients: Design and implementation of a joint action protocol with the referral hospital. Directed at inmates with anti-HCV antibodies in Seville Prison. The general characteristics of the patients included in the period under study (01-06-00 to 31-05-02) are described, and the degree of acceptance obtained. The results are expressed in absolute numbers and percentages.

Results: 117 patients included. 114 (97,4%) agreed to take part and three declined. 112 men and 5 women with ages ranging between 21 and 50 years. 86 had already begun the programme. The most frequent genotype was 1 (a or b). 52 hepatic biopsies carried out and 10 more programmed. 44 treatments begun with 11 interruptions, with just two because of side effects.

Genotype distribution: Genotype 1 (a or b): 51,02%; Genotype 2: 6,12%; Genotype 3: 32,65%; Genotype 4 (c or d): 10,20%.

Conclusions: The programme was mostly accepted by the inmates. Implementation of these programmes in prisons should be enhanced as the best way of preventing future mortality from this cause.

Key words: Hepatitis C, prison, treatment.

INTRODUCCIÓN

La infección por el virus de la Hepatitis C (VHC), es un importante problema de salud en el mundo actual. La OMS estima que más de 170 millones de personas están infectados por el virus, lo que representa cerca del 3% de la población mundial y que entre 3 y 4 millones de personas se infectan cada año¹. Esta es una infección que se caracteriza por evolucionar hacia la cronicidad en una proporción muy elevada, al menos en un 75% de los casos. De estos, las dos terceras partes lo hacen a formas activas de enfermedad hepática crónica y con frecuencia a estadios histológicos no reversibles (cirrosis hepática) después de 20 ó 30 años de evolución². Las complicaciones finales de todos estos cuadros constituyen, actualmente, la décima causa de muerte entre la población general en los países occidentales. Mención aparte merece el caso de los pacientes con coinfección VHC-VIH; la sinergia que se produce en la evolución de ambas infecciones, cuando coexisten en el mismo sujeto, hace que las complicaciones finales de la Hepatitis C sean hoy una de las más importantes causas de muerte en este grupo de pacientes³.

Esta infección es muy prevalente en las Instituciones Penitenciarias, donde afecta al 40% de la población reclusa⁴ y al 95% de los usuarios de drogas intravenosas (UDIs) actuales o pasados⁵. A pesar de estas cifras y de su trascendencia sanitaria, sólo muy recientemente esta enfermedad está empezando a recibir la atención que merece. Conscientes de ello, en el C.P. de Sevilla iniciamos un programa, en colaboración con el Grupo para el estudio de la Hepatitis Vírica y Sida del Hospital Virgen del Rocío, destinado al diagnóstico, control y tratamiento de los internos infectados por el VHC con los siguientes objetivos:

- Obtener información epidemiológica de este colectivo, en lo que hace a genotipos del VHC presentes y severidad de lesiones histológicas que presentaban.
- Hacer un completo diagnóstico y un correcto tratamiento de este grupo de pacientes.

PACIENTES Y MÉTODO

El programa va dirigido a todos los internos del Centro Penitenciario de Sevilla infectados por el VHC. Se puso en marcha el 1 de junio de 2000 y el período descrito abarca hasta el 30 de mayo de 2002.

Se realizaron reuniones preparatorias previas entre el equipo sanitario de la prisión y el del hospital, en las que se intentaron concentrar pruebas diagnósticas y consultas de control de los tratamientos, con el fin de limitar en lo posible las excarcelaciones por este motivo. Se designó un coordinador de cada equipo que se reunirían semanalmente, para actualizar todas las actividades del programa. Semestralmente se llevaron a cabo reuniones plenarias de los equipos en las que se valoró la marcha del programa y se corrigieron los defectos apreciados.

Los criterios de inclusión de pacientes fueron:

- Paciente mayor de 18 años.
- Paciente con anticuerpos anti-VHC.
- No ser usuario de drogas intravenosas (UDI) en el momento de la inclusión.
- Ausencia de signos clínico-biológicos de cirrosis hepática descompensada.
- En caso de coinfección VHC/VIH, tener >200 CD4/ml y una carga viral inferior a 10.000 copias de RNA-VIH mantenidos durante los últimos 6 meses.
- No se consideró criterio de exclusión el estar incluido en el programa de mantenimiento con metadona.

Los pacientes incluidos hicieron una primera consulta hospitalaria en la que fueron historiadados y explorados por el especialista encargado, les fueron extraídas muestras sanguíneas para todas las determinaciones precisas y se les practicó una ecografía abdominal. En la segunda visita, el paciente ingresa de forma programada en el hospital, para practicar una biopsia hepática percutánea. Si no hay complicaciones, en 24 horas se produce el alta hospitalaria. Con el resultado de la biopsia y de todas las pruebas previas, en la reunión semanal de coordinadores, se decide el comienzo o no del tratamiento. Mensualmen-

te, los pacientes incluidos son visitados en consulta programada por su médico de la prisión, que valora su estado y los resultados de los controles analíticos practicados. Si se aprecia alguna contingencia que requiera valoración urgente, el contacto con el especialista hospitalario es inmediato, en otro caso el problema se plantea en la reunión semanal de coordinadores. A los seis meses de tratamiento hay una nueva consulta hospitalaria en la que se decide la continuidad o no del tratamiento, en función de parámetros clásicos como el genotipo y la calidad de la respuesta viral. Esta misma consulta se realiza a las 48 semanas de tratamiento con los mismos objetivos que la anterior. Estas dos últimas consultas tienden a desaparecer por los crónicos problemas de falta de fuerzas de custodia policial y serán sustituidas por reuniones entre los coordinadores de los equipos, en las que se analiza la documentación clínica de cada paciente y se toman las decisiones pertinentes.

Se hace un análisis descriptivo básico de los valores que dejan ver la aceptación del programa por los internos. Los valores se expresan en numerales y porcentajes.

RESULTADOS

En el período descrito, se ha ofertado su inclusión en el programa a 117 internos. 3 de ellos (2,56%) la rechazaron por no querer someterse a la realización de la biopsia hepática. De los 114 pacientes incluidos 109 eran hombres y 5 mujeres, con edades comprendidas entre los 21 y 50 años. 86 pacientes (75,4%) ya lo han iniciado y 28 están citados para su primera visita.

De los 86 pacientes que han iniciado el programa, 52 ya han sido biopsiados, 10 están citados y en 2 no hay indicación actual de biopsia (Tabla I). La distribución genotípica encontrada se detalla en la Figura I.

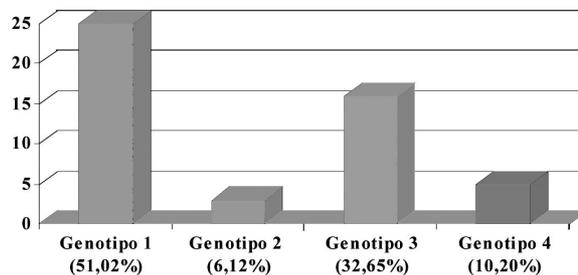


Figura I. Distribución genotipos.

En cuanto a los tratamientos, 44 pacientes ya lo iniciaron, lo que constituye el 100% de los pacientes en los que estaba indicado. Éste consistió en interferón alfa 2a 3 M.U s.c. 3 veces por semana más ribavirina v.o. 1000-1200 mgrs/día según el peso en dos tomas. Dos pacientes han abandonado por intolerancia a los efectos secundarios; otros cuatro abandonaron por otras causas y en otras cinco ocasiones no fue posible el seguimiento porque los pacientes no acudieron a las revisiones una vez puestos en libertad.

En la Figura II se recogen las lesiones histológicas encontradas; resaltar que nueve pacientes tenían lesiones de hepatitis severa con puentes de necrosis, lesión considerada precirrótica.

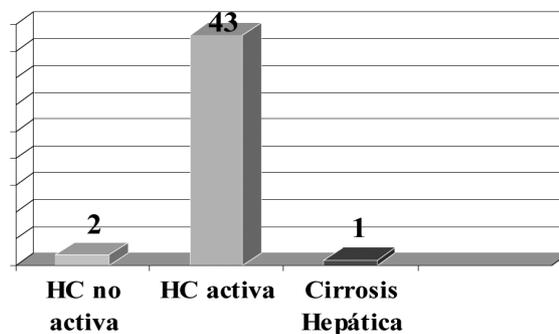


Figura II. Lesiones histológicas.

PACIENTES	BIOPSIAS	RESULTADOS	
86	52 realizadas 10 citadas 24 sin indicación	1 cirrosis hepática 2 formas no activas: 1 lesiones mínimas 1 hepatitis crónica persistente 43 hepatitis crónicas activas 6 sin resultados	3 por tenerla hecha recientemente 8 por ALT y AST normales 4 por no PCR-VHC 1 por embarazo 2 por enfermedad psiquiátrica grave 6 por libertad o conducción

Tabla I. Indicaciones de biopsia y resultados histológicos obtenidos.

DISCUSIÓN

La Hepatitis C es una enfermedad de muy larga evolución y que suele tener un curso indolente o asintomático. Es en sus estados finales —cuando se ha desarrollado una cirrosis o un hepatocarcinoma— cuando los pacientes se descompensan y tienen alguna complicación que compromete su estado general. Esta pobre e inespecífica expresividad clínica, condiciona el que los pacientes den a esta enfermedad poca importancia y no aprecien la necesidad de un rápido diagnóstico y un correcto tratamiento. Además, esta enfermedad exige un control continuado en el tiempo, con seguimiento periódico clínico y analítico, y agresivas maniobras exploratorias para una correcta indicación de tratamiento, de las que el ejemplo más paradigmático es el de la biopsia hepática⁶. A mayor abundamiento, el tratamiento de las Hepatitis C es largo, complicado, con potencialmente muy serios efectos indeseables y requiere un estricto seguimiento clínico y analítico durante su administración⁶.

Estos tres factores condicionan que, generalmente, la aceptación de las maniobras diagnósticas y el control de los tratamientos sean aceptados con reticencias por parte de los enfermos que la sufren.

Los pacientes internos en las prisiones tienen, además, alguna característica diferencial que dificulta más si cabe su aceptación de los tratamientos. Tal vez la principal de estas características sea el que la mayoría de los infectados son jóvenes UDI^{5, 7}. En estos pacientes se reconoce clásicamente una gran intolerancia a la frustración y una incapacidad para hacer planes de futuro, condiciones ambas que influyen muy negativamente en su aceptación de engorrosos, periódicos y largos controles por una enfermedad que, en muchas ocasiones, no se siente como tal. Otro importante hecho diferencial es la situación de privación de libertad y de estrés mantenido con largas esperas (juicios, sentencias, permisos...), que dificultan sobremanera el que el tratamiento y control de la enfermedad se vea como algo importante en la vida del sujeto. La misma situación de privación de libertad hace que todo lo que no sea su restitución, se viva como algo poco importante y prescindible. Por último se ha de mencionar también como un factor que dificulta el control de procesos crónicos en prisión la elevada movilidad de los reclusos, con continuos traslados entre centros⁸.

Con estas consideraciones previas, los datos que presentamos constituyen una agradable sorpresa. Sólo una mínima parte de pacientes rechazaron su inclusión en el programa. Es posible que esta alta aceptación sea el resultado de la expectativa de varias excarcelaciones, pero no hay que desdeñar el hecho de

que el programa y su conveniencia eran exhaustivamente explicados a todos los candidatos y se establecía con ellos una buena relación. Una de las limitaciones del estudio creemos que radica, precisamente, en la falta de una encuesta individualizada que recogiera este extremo.

Dos pacientes abandonaron el tratamiento por intolerancia de los efectos secundarios de los fármacos, lo que entra dentro de lo descrito en la literatura⁹. Más nos tienen que hacer reflexionar las otras causas de abandono. Desconocemos las causas exactas, pero el que cinco pacientes no sigan el tratamiento después de salir en libertad, puede traslucir una mala información de los enfermos, pero también una poco aceptable falta de coordinación interinstitucional. Otra de las posibles limitaciones del trabajo es que no se recogió información sobre las causas reales de abandono del tratamiento del resto de pacientes.

Como corolario, creemos que es absolutamente indispensable una adecuada coordinación entre los servicios médicos penitenciarios y las unidades de hepatología/infecciosas de nuestros hospitales de referencia. Esta coordinación es necesaria para poner en marcha y desarrollar programas de control y tratamiento de la infección por el virus C en las prisiones. Se consigue así reducir al mínimo el problema del control especializado y de las excarcelaciones para pruebas de ineludible realización en el medio hospitalario, como son las que precisa esta enfermedad.

También creemos que urge la implantación sistemática de estos programas en las prisiones por dos razones fundamentales: a) porque está demostrado que con las nuevas formulaciones del interferón se logran importantes tasas de respuesta viral sostenida, que oscilan entre el 42 y el 82%, dependiendo del genotipo viral¹⁰, consiguiendo así mejorar la calidad y expectativa de vida de los pacientes, y b) porque son costo efectivos¹¹.

Por último, es necesario establecer canales de comunicación fluidos y protocolos de actuación conjuntos con los sistemas de salud extrapenitenciarios, que nos den la razonable seguridad de que un paciente en tratamiento, cuando sale de prisión, va a seguir adecuadamente controlado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Disponible a 28 de julio de 2003 en: <http://www.who.int/inf-fs/en/fact164.html>
2. Seeff LB, Hollinger B, Alter J, Wright EC, Cain CM, Buskell ZJ et al. Long-term mortality and

- morbidity of transfusion-associated nonA, nonB and type C hepatitis: A National Heart, Lung and Blood Institute collaborative study. *Hepatology* 2001; 33: 455-63.
3. Milinkovic A, Martínez E, de Lazzari E, Buirra E, Pérez-Cuevas JB, Blanco JL et al. Trends in mortality and causes of death in HIV-infected persons receiving highly active antiretroviral therapy. XIV Int AIDS Conf. July 7-12, 2002. Barcelona (Spain). [TuPeC 4758].
 4. Sáiz de la Hoya P, Bedía M, Portilla J, Sánchez J, Murcia CM, Cebria J. Estudio de prevalencia de la infección por el VHC y la coinfección por el VIH en el C.P. de Alicante. IV Congr Nac San Penit. 26-28 septiembre 2002. Salamanca (España). Libro Oficial de Ponencias y Comunicaciones: 79.
 5. Marco A, Quintero S. Viremia y genotipado en presos ADVP. Sensibilidad y especificidad de la GPT como marcador de la infección. IV Congr Nac San Penit. 26-28 septiembre 2002. Salamanca (España). Libro Oficial de Ponencias y Comunicaciones: 75.
 6. Marco A, Lonca M, Laliga A. Estrategias para el manejo de la infección por el virus de la Hepatitis C. *Rev Esp San Penit* 2002; 4: 58-69.
 7. GRUPO NOROESTE PARA EL ESTUDIO DE LA HEPATITIS POR EL VIRUS C EN LA POBLACION RECLUSA DEL NORTE DE ESPAÑA. Seroprevalencia de infección por virus C de la Hepatitis en población reclusa del noroeste de España a su ingreso en prisión. *Rev Esp Salud Pública* 1998; 72: 43-51.
 8. Marco A, Gallego C, Lonca M, Pérez-Amigó P, Monfort A, Gramunt J. Estudio multicéntrico penitenciario sobre adherencia a corto plazo de una pauta antirretroviral con Nelfinavir/Saquinavir. *Rev Esp San Penit* 2002; 4: 4-9.
 9. McHutchinson JG, Gordon SC, Schiff ER, Shiffman ML, Lee WM, Rustgi VK et al. Interferón alfa-2b alone or in combination with ribavirin as initial treatment for chronic Hepatitis C. *N Eng J Med* 1998; 339: 1485-1492.
 10. Manns MP, McHutchinson JG, Gordon SC, Rustgi VK, Shiffman M, Reindollar R et al. Peginteron alfa-2b plus ribavirin compared with interferon alfa-2b plus ribavirin for initial treatment of chronic hepatitis C: a randomised trial. *Lancet* 2001; 358: 958-965.
 11. Buti M, Casado MA. Análisis coste beneficio del tratamiento combinado de la hepatitis crónica C. *Enf Emerg* 2003; 5 (2): 90-96.

CORRESPONDENCIA

Centro Penitenciario de Sevilla
Carretera de Mairena del Alcor s/n
41020 Sevilla