

# Protocolos VIH: seguimiento y tratamiento de los pacientes VIH reclusos en Centros Penitenciarios

B E Ortega, P Sáiz de la Hoya, C Alía, M J Aranda, V Asensi, J García, J González-García, J de Juan, J M Kindelán, A Marco, V Martín, C Martín, S Moreno, J Portilla, V Roget Merce Soriano

Panel de Expertos GESIDA-SESP

## INTRODUCCIÓN

La situación de falta de libertad no debe implicar ninguna diferencia en la normal práctica clínica de la enfermedad en su conjunto y de la infección VIH en particular, respecto a la que se aplica a las personas no reclusas. Sin embargo, en los pacientes incluidos en instituciones penitenciarias sí se dan una serie de factores que se reflejarán con más amplitud posteriormente: la pérdida de libertad en sí misma, el bajo nivel cultural en un alto porcentaje de los reclusos, la alta prevalencia de diversas adicciones, el alejamiento de los puntos afectivos, la necesidad continua de gratificación, etc. Todos estos son factores diferenciales que no se pueden olvidar a la hora de las actuaciones sanitarias.

La creciente complejidad del tratamiento antirretroviral obliga a que el seguimiento de la infección sea llevado a cabo por personal especializado que tenga los conocimientos y los medios adecuados. Por otra parte, el conocimiento de las interacciones medicamentosas tiene una gran importancia en el manejo terapéutico de los pacientes; los efectos adversos son frecuentes y deben conocerse y prevenirse. La profilaxis postexposición, ocupacional o no, debe ser tenida muy en cuenta.

El documento que se presenta pretende ser un instrumento para aclarar los circuitos de cooperación entre la asistencia especializada y los médicos de instituciones penitenciarias. El fin es agilizar la atención a estos pacientes, mejorar la calidad asistencial, reducir los traslados con el coste económico que originan y el disconfort que producen al paciente. También hay que definir el papel del especialista, ya sea consultor en el propio centro o de institución hospitalaria, y el del médico de instituciones penitenciarias, así como trabajar con documentos consensuados en los que se

refleje el seguimiento del paciente y los plazos en los casos de infección por el VIH.

Las recomendaciones reflejadas en este documento no van a diferir, en lo sustancial, de las que ya han sido emitidas por el DHHS y la Fundación Henry J. Kaiser, GESIDA, u otras organizaciones médicas. En lo referente a la infección aguda; infección crónica; infección en la mujer embarazada y el tratamiento de los pacientes VIH con comorbilidad y en la profilaxis postexposición.

## ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Un tema vital en la terapia VIH es la adherencia al tratamiento ya que su falta es la causa más importante de la aparición de resistencias. Los factores que influyen en la adherencia son múltiples y en el caso de los pacientes reclusos en instituciones penitenciarias hay que tener muy en cuenta este factor determinante. Los factores a los que hemos hecho referencia dependen del individuo, de la enfermedad, de los fármacos y del equipo asistencial. Entre los que dependen del individuo se encuentran: desvío de responsabilidades; insuficiente autocritica e interpretaciones erróneas de la realidad; nivel intelectual habitualmente bajo; proceso de socialización generalmente difícil; problemas toxicofílicos; escasa tolerancia al dolor inmediato; dificultad a la hora de pedir ayuda, realizándolo mediante exigencia; utilitarismos; menor autonomía al carecer de libertad, alejamiento de sus fuentes de "ayuda".

Las enfermedades crónicas tienen tendencia a producir el cansancio del paciente y del equipo asistencial encargado de su control. En este caso específico, y como causas dependientes del equipo asistencial de instituciones penitenciarias que influyen en la adhe-

rencia, se han señalado: contacto continuo con el sufrimiento y con la muerte; establecimiento de vínculos afectivos con el enfermo; sensación de frustración ante la imposibilidad de curar; tendencia a culpabilizar a la persona infectada que deteriora las relaciones paciente-sanitario; temor consciente o inconsciente a la infección; sensación de impotencia ante las demandas inadecuadas de algunos pacientes; imposibilidad de dedicar a los pacientes el tiempo necesario.

Existen además otros factores que podemos resumir en: desarrollo de trabajo en equipos incompletos y desconexión; exceso de dedicación a tareas burocráticas; dificultades a la hora del reciclaje y formación; sensación de infrautilización de nuestros conocimientos; imprecisión relativa a indicadores para la concesión de libertad provisional; dudas acerca del mantenimiento de la confidencialidad en casos especiales; situación del entorno y comunicación.

Se ha señalado que si las tasas de abandono del TAR se encuentran entre el 20-60%, en las prisiones las características de los pacientes podrían empeorarlas. Se deben soslayar las dificultades para instaurar el tratamiento del TAR directamente observado en determinados pacientes, e implementar programas específicos. Por tanto, aún dentro de la institución y con las dificultades que entraña, habrá que intentar crear un clima entre el paciente y el médico tendente a identificar los factores que puedan dificultar la adherencia de los pacientes, conocer sus creencias acerca de los tratamientos y sus preferencias y dificultades para ofrecer al paciente las posibles alternativas y concienciarle de la necesidad de una completa adherencia. Es preciso tratar las situaciones clínicas concomitantes y posponer el tratamiento hasta conseguir el consenso y compromiso del mismo. El clínico debe determinar que el paciente está listo para tomar la medicación antes de la primera receta. Durante el tratamiento, en cada una de las visitas de control clínico, debe evaluarse la adherencia, conocer los problemas y plantear soluciones.

## LA DISPENSACIÓN FARMACÉUTICA DE LOS ANTIRRETROVIRALES

En la mayoría de los centros penitenciarios se carece de farmacia penitenciaria, por lo que no se puede disponer de la ayuda que este estamento aporta para la mejora de la adherencia. El personal que dispensa la medicación deberá facilitar información adecuada sobre los medicamentos y asesorar al paciente en temas referentes a ellos. Debe quedar establecido un sistema de registro y seguimiento al paciente.

La dispensación de los fármacos en los centros penitenciarios habrá de hacerse de forma programada (no sólo a expensas de la retirada del fármaco, una vez agotado por el paciente). En la visita programada se realizará una entrevista con el paciente para insistir en la adherencia, y se realizará el recuento de la medicación sobrante. Debe administrarse medicación para periodos no superiores a un mes, coincidiendo, a ser posible, con la visita médica.

## ELEMENTOS DE ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL EN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS PARA EL SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES VIH

La complejidad de esta enfermedad, del control y seguimiento de las enfermedades oportunistas y de los tratamientos antirretrovirales, sus efectos adversos e interacciones farmacológicas, obliga a que el cuidado de estos pacientes sea llevado a cabo por personal especializado que tenga los conocimientos y los medios adecuados. Es sabido que en algunos centros penitenciarios el número de pacientes infectados por el VIH representa un porcentaje superior al 25%, lo que supone que en los grandes centros o complejos penitenciarios el número de VIH sea superior a 500.

Los médicos de instituciones penitenciarias (MIP) han tenido que realizar un esfuerzo personal para ponerse al día en esta enfermedad, en los nuevos tratamientos y en los nuevos conocimientos que de ella se tienen. Todo ello sin dejar de atender a sus labores asistenciales habituales.

Parece aconsejable, aunque sepamos que en algunos centros ya se está llevando a cabo, que de una forma generalizada los MIP asuman mayores cotas de compromiso en el seguimiento y tratamiento de los pacientes VIH. Para ello, los médicos que voluntariamente lo deseen o aquellos que sean designados, deberían ser liberados de algunas funciones para dedicarse de un forma más intensa (tiempo total o parcial) al cuidado de estos pacientes. Estos médicos (¿MIP-VIH?) tendrían una relación más directa con el facultativo especialista en VIH, tanto en el mismo centro penitenciario en los casos en los que haya esta posibilidad, como con las unidades de Enfermedades Infecciosas de referencia (consultas externas, hospital de día y hospitalización). Parece oportuno que el número de pacientes VIH a cargo de cada profesional no supere los 150-200. Creemos que esta figura, en los casos en los que se considere su instauración (en otros casos el control de los pacientes VIH está debidamente coordinado de forma colectiva), supondrá un

beneficio claro para los pacientes, un ahorro en analíticas que quedan obsoletas antes de su evaluación, un descenso de los traslados innecesarios a los centros sanitarios y una optimización del gasto farmacéutico en instituciones penitenciarias.

#### **ALGORITMO DE FUNCIONAMIENTO ENTRE LOS SERVICIOS SANITARIOS PENITENCIARIOS Y LA ASISTENCIA ESPECIALIZADA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE VIH.**

##### **1<sup>er</sup> escalón: diagnóstico y control de la infección VIH**

El diagnóstico, estudio básico y control del paciente y el despistaje de la infección VIH, debe ser realizado en los centros penitenciarios. El médico de instituciones penitenciarias evaluará al paciente y solicitará el primer escalón de analítica para valorar el momento del inicio del tratamiento antirretroviral.

##### **2<sup>o</sup> escalón: indicación terapéutica**

**REALIZACIÓN:** Centro penitenciario / especialista consultor / médico especialista hospitalario.

El tratamiento se instaurará siguiendo las guías GESIDA, tras asegurarse de que el paciente asume el TAR (explicación de las características de los fármacos y primera sesión de adherencia).

##### **3<sup>er</sup> escalón: control del tratamiento**

**REALIZACIÓN:** Centro penitenciario

El médico de instituciones penitenciarias controlará al paciente en los aspectos clínicos y de seguimiento inmunológico y virológico con una periodicidad media de tres meses, según las características y la situación del paciente. Se debe continuar con la intervención sobre la adherencia.

##### **4<sup>o</sup> escalón: efectos secundarios leves**

**REALIZACIÓN:** Centro penitenciario

Información de los efectos adversos, valoración de la intensidad de los mismos, estado de gravedad. Terapéutica de los mismos, si se precisa.

##### **5<sup>o</sup> escalón: fracasos virológicos y efectos secundarios graves**

**REALIZACIÓN:** Hospital de referencia

El internista no será consultado, ni el paciente remitido a consulta hospitalaria, salvo en caso de efecto adverso grave o fallo virológico, o para un cambio terapéutico y valoración si se indican las pruebas de resistencia (genotípicas/fenotípicas).

#### **DOCUMENTACIÓN CLÍNICA COMPARTIDA**

La circunstancia existente en el medio penitenciario de que la historia clínica pertenece al paciente y no al centro, y que ésta viaja con el paciente en sus movimientos por las distintas prisiones, impide que la documentación sobre estas enfermedades sea de uso conjunto entre una determinada prisión y su hospital de referencia. Una buena cumplimentación de los apartados existentes en las historias clínicas penitenciarias existentes y una buena comunicación mediante informes y epicrisis soslayará estos problemas. Es muy recomendable que la comunicación entre el hospital y el servicio médico del centro penitenciario sea abierta, pudiendo realizarse a través de teléfono, fax o correo electrónico.

#### **CORRESPONDENCIA**

Talleres Editoriales Cometa, S.A.  
Ctra. de Castellón, Km. 3,400  
50013 Zaragoza