Original

RESP

Cambios en el patrón epidemiológico de la hepatitis B crónica en reclusos de Cataluña: prevalencia actual y variables predictivas*

Indiana Jesús Abdo Sanmartino[1], Rafael A. Guerrero-Moreno[2], Andrés Marco Mouriño[2,3]

[1]Equipo de Atención Primaria Penitenciaria. Figueres. Girona.
[2]Programa de Salud Penitenciaria. Instituto Catalán de la Salud. Cataluña.
[3]Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

RESUMEN

Introducción: El patrón epidemiológico de la hepatitis crónica por virus de la hepatitis B (HCVHB) en España ha cambiado por las migraciones y la vacunación. El objetivo es comprobar si también ha cambiado la prevalencia en presos de Cataluña y las posibles variables predictivas de la infección.
Material y método: Estudio transversal y multicéntrico de prevalencia de HCVHB. Se incluyeron variables epidemiológicas y clínicas, calculándose su capacidad predictiva mediante un modelo de regresión logística multivariante.
Resultados: Se estudiaron 6.508 reclusos. La prevalencia de HCVHB fue del 1,7%, mucho menor que en estudios realizados en años previos. En los presos del Magreb, Asia, Europa del Este y África subsahariana, la prevalencia fue 2,8, 4,2, 4,9 y 16,2 veces mayor, respectivamente, que en los españoles, que era del 0,6%, igual que fuera de prisión. La HCVHB se asoció con: a) ser extranjero (2,6%; razón de posibilidades u *odds ratio* [OR]: 4,18; intervalo de confianza [IC]: 2,50-6,90; p <0,001); b) no estar vacunado (0,3%; OR: 0,13; IC: 0,06-0,26; p <0,001); y c) estar infectado por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (3,9%; OR: 3,23; IC: 1,24-8,40; p = 0,016).
Conclusión: La prevalencia de HCVHB en presos se ha reducido mucho en los últimos 30 años, debido a la vacunación, pero sigue siendo alta en extranjeros y en infectados por VIH. Se recomienda: a) mantener el cribado de virus de la hepatitis B (VHB) en los ingresados en prisión; b) continuar con el programa de vacunación; y c) derivar a los infectados a programas especializados para estudio y, si se precisa, tratamiento.

Palabras clave: hepatitis B; prisiones; inmigración; vacunación; epidemiología; salud pública.

CHANGES IN THE EPIDEMIOLOGICAL PATTERN OF CHRONIC B HEPATITIS AMONGST INMATES IN CATALONIA: CURRENT PREVALENCE AND PREDICTIVE VARIABLES

ABSTRACT

Background: The epidemiology of chronic hepatitis B (CHB) in Spain has changed due to migratory movements and the implementation of vaccination programs. The objective is to determine if prevalence has also changed amongst in Catalonia and the potential predictive variables of the infection.
Material and method: Observational cross-sectional multi-centre study of CHB prevalence. Epidemiological and clinical variables were included, and their predictive capacity is analysed by means of a multivariable logistic regression model.

*Este artículo es la ampliación de un abstract publicado en el XIV Congreso Nacional y XXII Jornadas de la SESP en la mesa "Enfermedades Infecciosas". Obtuvo el premio a la mejor comunicación oral.

Results: A total of 6508 prisoners were studied. CHB prevalence was 1.7%, much less than in studies carried out in previous years. In inmates from North Africa, Asia, Eastern Europe, and Sub-Saharan Africa the CHB rate was 2.8, 4.2, 4.9 and 16.2 times higher, respectively, than amongst those born in Spain, which was 0.6%, the same as in the general population. CHB was associated with: a) being an immigrant [2.6%; OR: 4.18 (CI: 2.50-6.90; *P* <0.001); b) being unvaccinated (3.1%; OR: 0.13; CI: 0.06-0.26; *P* <0.001); and c) being infected by the human immunodeficiency virus (HIV) [3.9%; OR: 3.23; CI: 1.24-8.40; *P* = 0.016].
Conclusion: Vaccination against HBV (hepatitis B virus) has greatly reduced CHB prevalence in inmates over the past 30 years but remains high in immigrants and those with HIV. We recommend: a) maintaining HBV screening amongst inmates; b) continuing with vaccination programmes; and c) referring CHB cases to specialized programs for further study and treatment if needed.

Key words: hepatitis B; prisons; immigration; vaccination; epidemiology; public health.

Texto recibido: 26/04/2023 Texto aceptado: 28/06/2023

INTRODUCCIÓN

Cada año, mueren 1,4 millones de personas en el mundo debido a las hepatitis víricas, y el 47% de estas muertes son causadas por la hepatitis B[1], que afecta a 296 millones de personas[2]. En España, la hepatitis por virus B supone el 20% de todos los casos[3], pero se ha observado una reducción en los últimos años tanto del número de notificaciones[4] como del número de defunciones HCVHB[5]. Un pilar fundamental en la reducción de la incidencia han sido los programas de vacunación[6].

En Cataluña, la vacunación anti-VHB comenzó en 1984 con una vacuna desarrollada a partir de plasma humano, lo que la convertía en costosa y de disponibilidad limitada, y se aplicó a los grupos con más riesgo de infección y a los recién nacidos de madres infectadas. En 1990, con el uso de una vacuna obtenida por recombinación genética, se extendió la cobertura a preadolescentes y, a partir de 2002, se inició la vacunación en recién nacidos[7].

Además de la vacunación, otras estrategias preventivas han contribuido a la disminución de la incidencia, como: a) el control sistemático de las donaciones de sangre; b) el cribado serológico de las gestantes en el embarazo; y c) los cambios relacionados con las conductas de riesgo, como la modificación del patrón de consumo en usuarios de drogas o el uso de preservativo en las relaciones sexuales, entre otros. Todo ello ha supuesto que España, en la última década, haya pasado de ser un país de endemicidad intermedia[8] a ser considerado ahora de baja endemicidad, con una tasa de infección aguda por VHB del 0,84 por 100.000[4].

Basado en estudios recientes, la Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH) estima que, en población española, la prevalencia de HCVHB está en el intervalo del 0,5 al 0,8%, aunque esta prevalencia ha podido verse condicionada negativamente en los últimos años por la llegada de población inmigrante procedente de países con endemicidad alta[9], ya que en algunas zonas como Cataluña, casi la mitad de los infectados por VHB son actualmente inmigrantes[10].

En cuanto a la prevalencia de HCVHB en presos, hasta el momento, se han realizado tres grandes estudios[11-13], que han coincidido en que los reclusos presentan una prevalencia de HCVHB superior a la de la población española no recluida en prisión. El primero, publicado en 1990 y efectuado en presos menores de 21 años, mostró una prevalencia del 7,5%[11].

Los siguientes estudios, de 2011[12] y 2014[13], mostraron una prevalencia mucho menor, del 2,6%. El último de ellos resaltaba las diferencias entre reclusos españoles y extranjeros (1,5% frente a 3,8%, respectivamente de HCVHB). Desde entonces, y hasta donde sabemos, no se han realizado más investigaciones, y se desconoce, por consiguiente, cuál es la tasa actual de HCVHB en internados en prisión y la diferencia, si la hay, tanto entre población reclusa y no reclusa, como entre población presa autóctona y extranjera. El objetivo de este trabajo es determinar la prevalencia de HCVHB en los reclusos de Cataluña, global y por categorías, identificando posibles variables predictivas que ayuden a la detección precoz de la infección.

MATERIAL Y MÉTODO

Se estudiaron los internos de los nueve centros penitenciarios (CP) de Cataluña: cinco de Barcelona (Brians-1, Brians-2, Dones, Joves, Lledoners y Quatre Camins), uno de Tarragona (Mas d´Enric), uno de Lleida (Ponent) y uno de Girona (Puig de les Basses).

La fecha de corte para la recogida de variables fue el 13 de enero de 2022. No se realizó muestreo y se incluyeron todos los internos ingresados en las prisiones de Cataluña en el momento de realizar el corte transversal.

Se utilizó la HCVHB (antígeno de superficie de la hepatitis B+ persistente: >6 meses) como varia-

ble dependiente, y como variables independientes se incluyeron: el sexo, la edad, el lugar de nacimiento, el uso de drogas intravenosas (UDI), las coinfecciones (con VIH, virus de la hepatitis C [VHC] y virus de la hepatitis D [VHD]), el antecedente de lúes y la vacunación anti-VHB.

La variable "origen" se estratificó por zonas geográficas: a) España, b) Unión Europea, c) antigua Europa del Este, d) América Latina y Caribe, e) países del Magreb, f) Asia, y g) África subsahariana.

Como fuente de información se utilizó el Sistema de Información de los Servicios de Atención Primaria (SISAP) de Cataluña, que incluye los datos de la historia clínica informatizada en atención primaria y los incluidos en la historia clínica compartida con otros niveles y centros asistenciales. En Cataluña, la cobertura de la historia clínica compartida es del 85%.

Se empleó el programa informático Statistical Package for Social Science (SPSS), versión 25. Las variables continuas se han expresado a través de la media y desviación estándar, o de la mediana y el rango intercuartílico en caso de que su distribución fuera no paramétrica. Las variables categóricas se han expresado en porcentajes. Para medir la asociación entre variables, se han utilizado los test chi cuadrado o test exacto de Fisher, según corresponda, y el *odds ratio* ajustado (ORA) de prevalencia con IC del 95% para medir la asociación entre variables.

Finalmente, se realizó un análisis de regresión logística a nivel multivariante para evaluar la asociación con potenciales variables predictivas que habían mostrado un valor de p <0,10 en el análisis bivariante. En la regresión logística multivariante, se ha considerado como significativo un valor de p <0,05.

En cuanto a los aspectos éticos y confidencialidad de datos, el estudio se ha realizado de acuerdo con las recomendaciones éticas internacionales (Declaración de Helsinki y Convenio de Oviedo) y las recomendaciones de buenas prácticas clínicas del Gobierno español enmarcadas en los principios de la Ley de Calidad y Cohesión del Sistema Nacional de Salud del año 2003. Asimismo, se garantizó la confidencialidad en cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

El estudio fue anonimizado y basado en los datos estadísticos del SISAP, por lo que no se solicita el consentimiento informado. El proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de Investigación del Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAPJGol), con el código 21/279-P, el día 15 de diciembre de 2021.

RESULTADOS

Se estudiaron 6.508 pacientes (94,7% hombres) con una edad media de 38,5 ± 11,6 años. El 55,4% de los estudiados no había nacido en España, el 3,5% estaba infectado por el VIH y el 1,6% refería haber sido diagnosticado de sífilis. Respecto al consumo de drogas ilegales, el 35,9% manifestó no haberlas consumido nunca, mientras que el 8,8% refería tener antecedente de UDI, y el 55,3% reconocía haber consumido drogas ilegales, pero negaba la utilización de la vía endovenosa. Otras características descriptivas, distribuidas según los pacientes tuvieran o no infección por VHB, se presentan en la Tabla 1.

Se detectaron 109 (1,7%) internos con HCVHB. El 6,1% presentaba coinfección con VHD, el 11,1% coinfección con VHC (ácido ribonucleico VHC detectable) y el 7,9% coinfección con VIH.

El 98,2% (n = 107) de los casos con HCVHB eran hombres (edad media de 39,2 ± 9 años) y el 1,8% (n = 2) eran mujeres (edad media de 41 ± 8 años). Solo tres casos (2,8%) tenían más de 60 años y no había casos en menores de 21 años. El 37,5% de los coinfectados VHB-VIH tenían antecedente de UDI y eran de mayor edad que los coinfectados no UDI (45 ± 6 años frente a 38 ± 3 años; p = 0,01). Clínicamente, el 7,3% presentaba cirrosis hepática, y el 0,9%, hepatocarcinoma. En cuanto al tratamiento, el 11% estaban en tratamiento con antivirales anti-VHB, y esto era significativamente más frecuente en pacientes coinfectados por el VIH (100% frente a 4,3%; p <0,001).

La tasa de HCVHB variaba del 0% al 2,7% según el CP (Figura 1). En tres CP, la prevalencia era superior a la media: Puig de les Basses (2,7%), Brians-1 (2,3%) y Mas d'Enric (2,1%), mientras que el resto, presentaba una prevalencia inferior, y en Joves era del 0% (p = 0,03).

También la tasa de HCVHB variaba según el lugar de origen de la población internada: 0,6% en españoles, 0,6% en la población proveniente de América Latina y el Caribe, 0,7% en la de la Unión Europea, 1,6% en la del Magreb, 3% en la de Asia, 4,4% en la de los países de la antigua Europa del Este y 14,1% en la de África subsahariana. En la Figura 2, se presenta la distribución de la prevalencia de HCVHB según las zonas geográficas. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los que habían nacido en España, en la Unión Europea, o en América Latina y el Caribe (tasa de HCVHB de 0,6%, 0,7% y 0,6%, respectivamente). Sin embargo, en los originarios del Magreb, de Asia, de los países de la Antigua Europa del Este y del África subsahariana, la prevalencia de HCVHB fue de 2,8, 4,2, 4,9 y 16,2 veces mayor, respectivamente, que en los nacidos en España (Figura 3).

Tabla 1. Características descriptivas de la población estudiada según potenciales variables predictivas de infección por VHB en los internos ingresados en prisiones de Cataluña.

Variable	Población sin HCVHB (n = 6399)	Población con HCVHB (n = 109)	Valor *p* de análisis bivariante	Análisis multivariante	
				Valor *p*	ORA (IC 95%)
Sexo			0,13		
Hombre	94,5%	98,2%			
Mujer	5,5%	1,8%			
Edad media	38,3 ± 11,4	39,2 ± 9	0,30		
Grupos de edad (años)			0,05	0,97	
<21	5,4%	0			
22-39	50,5%	57,8%			
40-59	39,3%	39,4%			
>60	4,8%	2,8%			
Origen			0,000	<0,000	4,2 (2,5-6,9)
No inmigrante	45,2%	16,5%			
Inmigrante	54,8%	83,5%			
Europa	47,6%	18,3%		0,89	
América Latina y el Caribe	17,2%	5,5%		0,66	
Magreb	20%	18,3%		<0,00	2,8 (1,4-5,5)
Asia	3,6%	6,4%		<0,00	4,2 (1,7-10,4)
Antigua Europa del Este	7,9%	20,2%		<0,000	4,9 (2,5-9,5)
África subsahariana	3,8%	31,2%		<0,000	16,2 (8,6-30,3)
Consumo de drogas			0,06		
No consumo	35,7%	47,6%		0,21	
UDI	2,5%	1,9%		0,39	
Ex-UDI	6,3%	7,6%		0,94	
UDVnP	55,5%	42,9%		0,05	
Antecedente de lúes	1,6%	1,8%	0,70	0,51	
VHC	11,9%	11,1%	1	0,97	
VIH	3,4%	7,9%	0,029	0,02	3,2 (1,2-8,4)
Coinfección VHC-VIH	2,5%	4%			
Vacuna anti-VHB	50,3%	8,2%	<0,000	<0,000	0,1 (0,1-0,3)

Nota. HCVHB: hepatitis crónica por virus de la hepatitis B; IC: intervalo de confianza; ORA: razón de posibilidades (*odds ratio*) ajustada; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana; VHB: virus de la hepatitis B; UDI: uso de drogas intravenosas; UDVnP: uso de drogas por vía no parenteral.

Globalmente, se observó una mayor prevalencia de HCVHB: a) en la población extranjera (2,6% frente a 0,6% en reclusos españoles; p <0,001); b) en los coinfectados por VIH (3,9% frente a 1,8% en los no coinfectados; p = 0,03); y c) en los no vacunados (3,1% frente a 0,3%; p <0,001).

El análisis multivariante confirmó el carácter predictivo de: a) ser extranjero (ORA: 4,18; IC: 2,50-6,90; p <0,001); b) estar coinfectado por VIH (ORA: 3,23; IC: 1,24-8,40; p = 0,02); y c) no estar vacunado con anti-VHB (ORA: 0,13; IC: 0,06-0,26; p <0,001).

DISCUSIÓN

Este estudio muestra que la prevalencia de HCVHB en presos de Cataluña es actualmente del 1,7%, en torno a 2,5 veces más que en la población no

presa, que es del 0,5-0,8%. No obstante, y a diferencia de lo que se había observado en estudios más antiguos realizados en reclusos[11-13], en los internos españoles, y en los internos nacidos en América Latina y el Caribe o en países de la Unión Europea, la prevalencia es igual a la de la población no recluida en prisión. Por el contrario, en los nacidos en el Magreb, países asiáticos, antiguos países del Este y, sobre todo, en el África subsahariana, la prevalencia es mucho más alta, como ya se había documentado en otras revisiones[14-16].

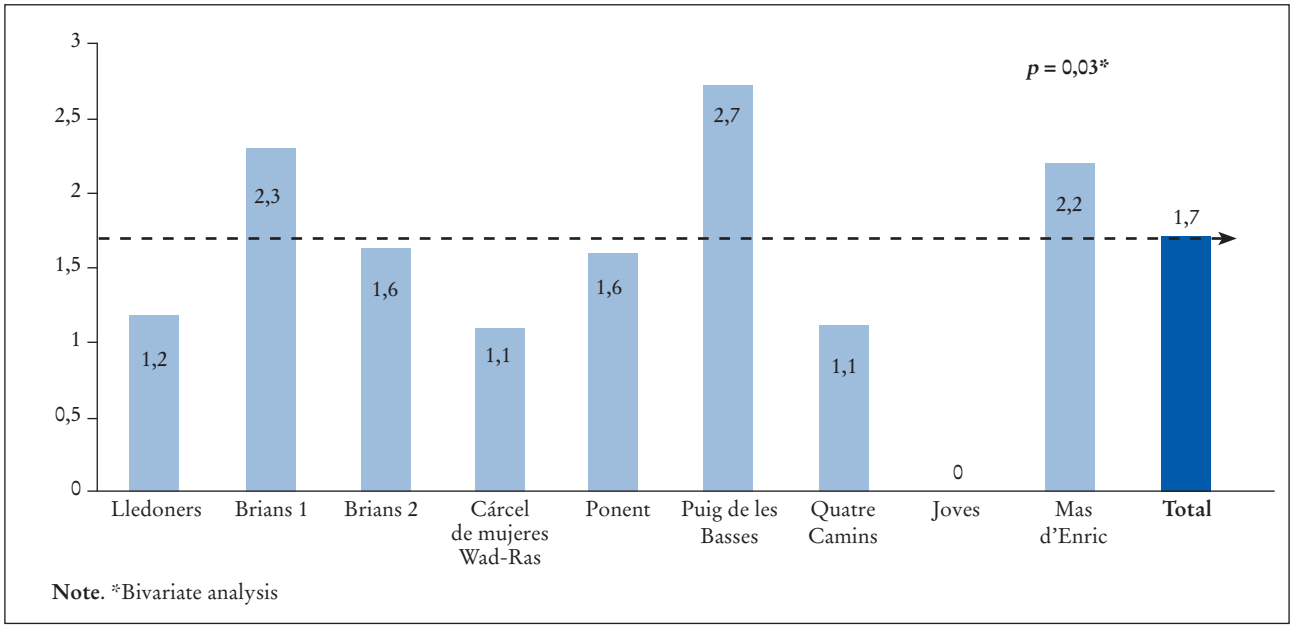


Figura 1. Distribución de la prevalencia de hepatitis crónica por virus de la hepatitis B total y según el centro penitenciario.

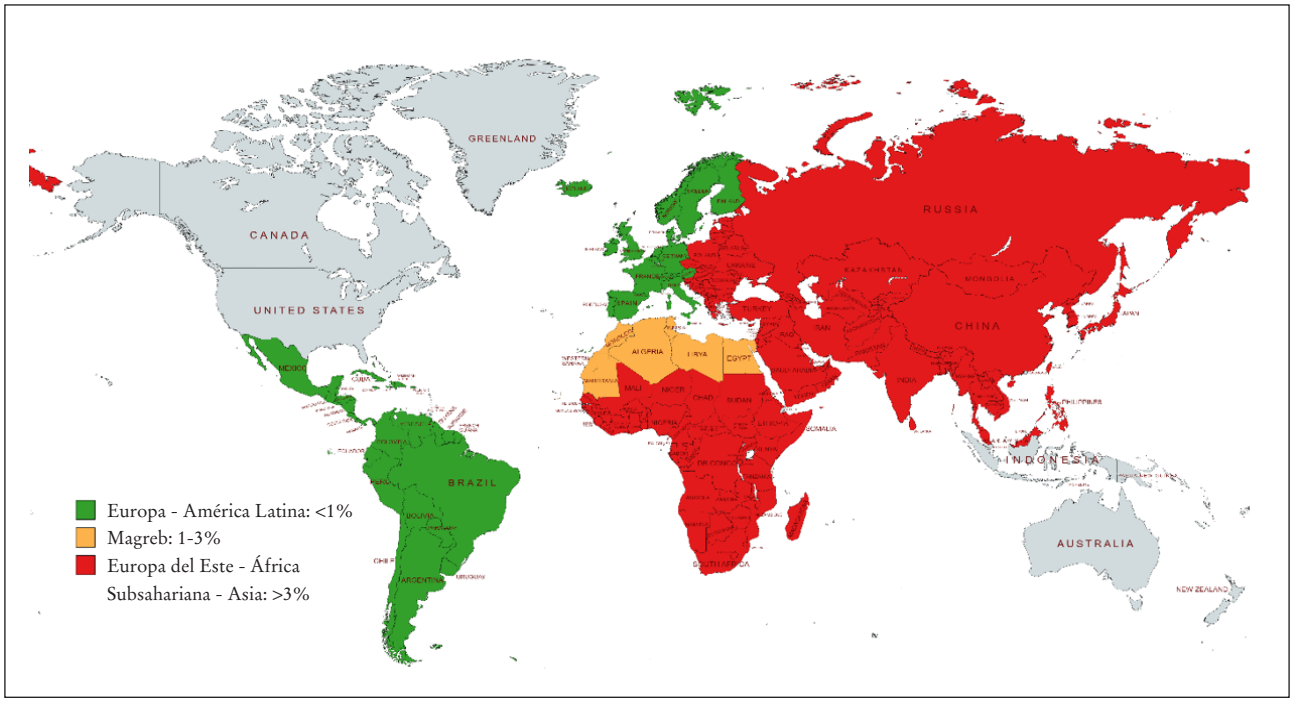
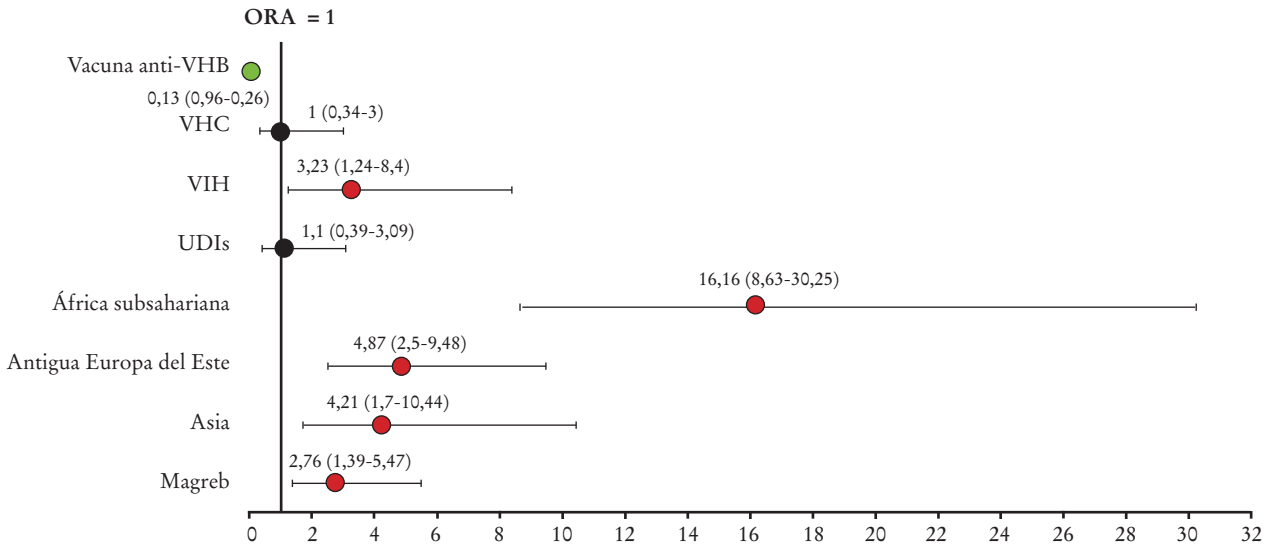
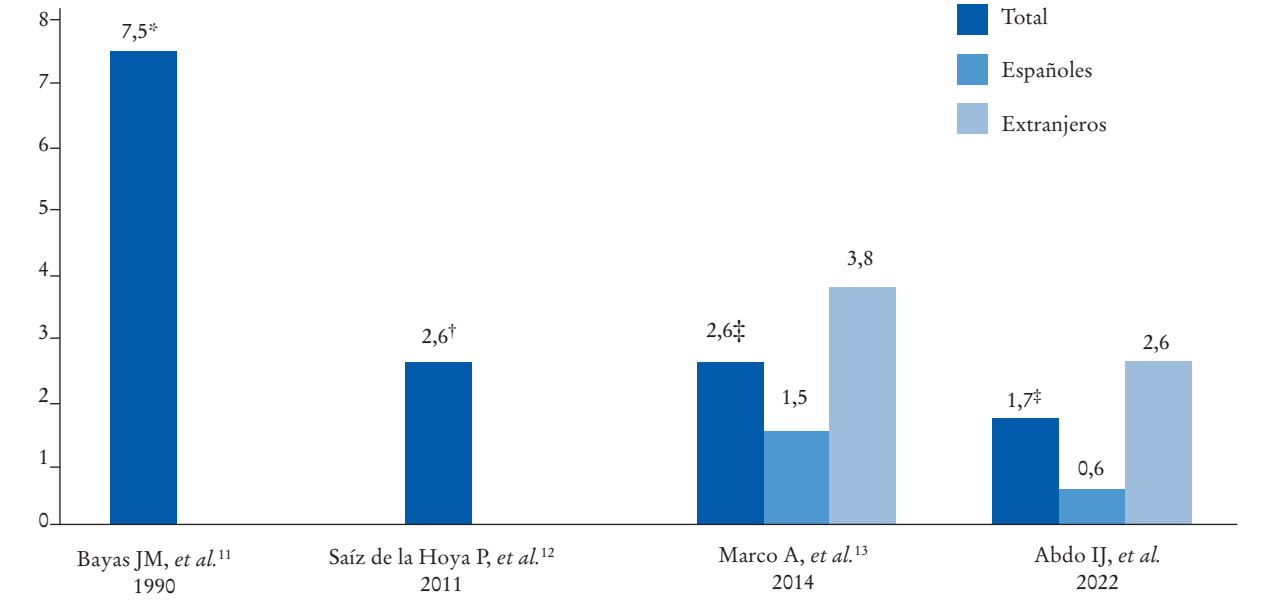


Figura 2. Distribución de la prevalencia de hepatitis crónica por virus de la hepatitis B según el lugar de origen de la población internada en las prisiones de Cataluña.



Nota. ORA: razón de posibilidades *(odds ratio)* ajustada; VHB: virus de la hepatitis B; VHC: virus de la hepatitis C; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana; UDI: uso de drogas intravenosas.

Figura 3. Variables predictivas de presentar hepatitis crónica por virus de la hepatitis B en los reclusos de las prisiones de Cataluña según la razón de posibilidades *(odds ratio)* ajustada.



Nota. *Población reclusa de Cataluña menor de 21 años. †Población reclusa de Cataluña y del resto de España. ‡Población reclusa de Cataluña.

Figura 4. Prevalencia de hepatitis crónica por virus de la hepatitis B en presos de Cataluña, según la población total, española y extranjera, en investigaciones previas y en este estudio.

En este trabajo, los presos del Magreb tenían una tasa de HCVHB del 1,6%, algo inferior a la de su área geográfica (1,8-4,9%)[14], probablemente porque la mayoría de los magrebíes estudiados eran de Marruecos, que es el país del Magreb con menor prevalencia (<2%)[15]. Como era de prever, la prevalencia era alta (3%) en reclusos asiáticos, ya que tres cuartas partes de la población mundial con HCVHB vive en Asia[16], aunque la situación en esta zona parece haber mejorado en los últimos años con la mayor implementación de los programas de vacunación[17].

Finalmente, hubo una prevalencia del 4,4% en reclusos de países de la antigua Europa del Este, coincidente con la de esa zona fuera de prisión[18], y del 14,1% en los procedentes del África subsahariana, mayor que la que se estima para esta región, que es del 4,6-8,5%[19].

La prevalencia total (1,7%) es menor que la que se obtuvo en estudios de 1990, que era del 7,5%, y en estudios de 2011 y 2014, que fue del 2,6% (Figura 4). Sin embargo, aunque estos datos también provienen de investigaciones realizadas en el medio penitenciario, las características de la población estudiada, así como la metodología, no son estrictamente comparables y, por tanto, los datos deben valorarse con cautela.

Aunque han influido diferentes factores en el descenso de la prevalencia de infección, como el cambio en el patrón de consumo de los drogodependientes o el mayor uso de métodos barrera en las relaciones sexuales, creemos que el factor protector con mayor impacto ha sido la vacunación anti-VHB. En Cataluña, los primeros programas piloto de vacunación en presos comenzaron en 1993[20,21], y sus efectos han sido notables, como se deduce de los resultados mostrados en este trabajo. La efectividad de la vacuna es indudable, y está demostrada ampliamente, tanto en estudios que incluyen al conjunto de la población[7,22] como en colectivos con más riesgo de infección: trabajadores sanitarios[23], personas con UDI[24] o presos[25].

Se calcula que la protección de la vacuna es del 98-100%[1], lo que ha generado cambios epidemiológicos relevantes. Por ejemplo, aunque las personas con UDI son población de alto riesgo para la transmisión del VHB, este grupo, que ha sido vacunado masivamente en las prisiones catalanas a partir de finales de la década de los 80[7,22,24], está mayoritariamente inmunizado, y en este estudio no presenta más prevalencia de HCVHB que la población no UDI. También la vacunación está contribuyendo probablemente a reducir la infección en los reclusos de origen extranjero. Así parece sugerirlo la evolución de la infección en este grupo, en el que la tasa se ha reducido el 31,6% en los últimos siete años, pasando del 3,8[13] al 2,6% en la actualidad. La vacunación es por consiguiente una estrategia imprescindible, a la que deben dedicarse además los máximos esfuerzos, ya que se ha calculado que cuando la cobertura de vacunación supera el 70%, la reducción de la incidencia es hasta dos veces mayor que cuando la cobertura es menor[22].

En este trabajo, la prevalencia de HCVHB no era homogénea en los diferentes centros penitenciarios y era lógicamente más alta en las prisiones provinciales, como Puig de les Basses, Brians-1 o Mas d'Enric, que acogen presos "preventivos" (recientemente detenidos) y tienen, por consiguiente, más número de ingresos, vacunados o no, y mayor proporción de internos extranjeros.

En cuanto a la edad y el sexo, se observó mayor prevalencia de HCVHB en hombres y mayor también en la franja de 22-59 años, como suele ser habitual también en la población general, y reflejan los datos editados por el Centro Nacional de Epidemiologia[4] y, a nivel internacional, por los centros para el control y prevención de enfermedades europeos[26] y americanos[27].

Es de destacar la ausencia de HCVHB en presos menores de 21 años, presumiblemente porque en este grupo, la probabilidad de estar vacunado es mayor, tanto en españoles como en inmigrantes que llegaron a España en edades infantiles.

Otro aspecto a resaltar es el de la infección por VIH, asociada comúnmente a mayor prevalencia de HCVHB, ya que ambos comparten vías de transmisión similares. Según datos del Documento de Consenso del Grupo de Estudio del Sida (GESIDA)/ Grupo de Estudio de las Hepatitis Víricas (GEHEP), en España, la prevalencia de infección por el VHB en infectados por VIH ha disminuido en los últimos años y era del 2,5% en 2021[28].

Debe resaltarse, además, que en los presos de Cataluña, la infección por VIH es seis veces más prevalente que en la población general, ajustando por edad y sexo[29].

En este trabajo, los infectados por VIH, que en prisión son mayoritariamente UDI, tenían una probabilidad tres veces mayor de estar infectados por el VHB. Es importante resaltar que los coinfectados VIH-VHB tenían más edad, y muchos posiblemente adquirieron la infección por VHB en la época de prevacunación, ya que en los UDI de menor edad la coinfección es significativamente menos frecuente, al estar habitualmente inmunizados. También es destacable que todos los coinfectados estaban en tratamiento con fármacos anti-VHB, al disponer de combinaciones de antirretrovirales que incluyen fármacos con actividad anti-VIH y anti-VHB. En nuestro caso, todos los coinfectados mantenían tratamiento con tenofo-

vir alafenamida y emtricitabina, ya que el tratamiento suele prescribirse independientemente de los niveles de alanina aminotransferasa, de ácido desoxirribonucleico-VHB y del grado de lesión celular, que son los parámetros indicativos o no de prescripción en los no coinfectados[30].

Sin embargo, la tasa de tratamiento en los presos no coinfectados era mucho menor, probablemente porque, en estos casos, el tratamiento no está indicado siempre, solo en algunas fases y, además porque el estadiaje puede precisar de 6-12 meses para una clasificación correcta[9], lo que hace que muchos internados sean excarcelados antes de finalizar el estadiaje. A pesar de ello, la tasa de tratamiento en no coinfectados parece baja, y probablemente deba ser un aspecto a mejorar por los servicios penitenciarios de Cataluña.

Este trabajo presenta algunas limitaciones. Es un estudio que recoge información de las bases de datos de los servicios clínicos participantes, y este tipo de investigaciones son económicas, reducen sesgos en las mediciones y reproducen la vida real, pero tienen el inconveniente de que las variables analizadas son obligatoriamente las obtenibles de las bases de datos. Esto ha impedido recoger información sobre conductas sexuales de riesgo, que en la historia clínica a veces se omiten o no están bien recogidas.

Sin embargo, otros errores relacionados con la recogida de datos los estimamos poco probables, ya que la mayoría de las variables que han sido analizadas no eran interpretativas, sino mayoritariamente analíticas. Otros sesgos, como el posible subregistro, habitual también en este tipo de investigaciones, en este estudio es, a nuestro criterio, intrascendente, ya que hay cribado universal de algunas infecciones al ingreso en prisión, y en el caso del cribado de VHB, la cobertura es superior al 90%.

En conclusión, la prevalencia de HCVHB en los presos de Cataluña se ha reducido mucho, pero todavía es alta en el colectivo inmigrante, sobre todo en el magrebí, asiático y subsahariano, en los infectados por VIH y en los que no han sido vacunados.

Los equipos sanitarios penitenciarios pueden y deben ejercer un papel fundamental en la prevención y en la eliminación del VHB. Para ello, es imprescindible detectar la infección, aplicar medidas preventivas, evaluar y tratar a los infectados, y mantener los programas de vigilancia epidemiológica.

Se recomienda: a) mantener el cribado del VHB, y de otras infecciones muy prevalentes en los reclusos, al ingreso en la prisión; b) continuar con los actuales programas de vacunación, que han reducido la tasa de HCVHB en los internados en prisión y, secundariamente, en la comunidad; y c) derivar a los casos detectados con HCVHB a programas especializados de control y seguimiento.

FUENTE DE FINANCIACIÓN

No existe fuentes de financiación.

CORRESPONDENCIA

Indiana Jesús Abdo Sanmartino
E-mail: ijesusabdo@gencat.cat

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Hepatitis B. Datos y cifras. 2021. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b. Acceso: 18 de noviembre 2022.
2. Huang DQ, Lim SG. Hepatitis B: Who to treat? A critical review of international guidelines. Liver Int. 2020;40(Supl 1):5-14. doi: https://doi.org/10.1111/liv.14365
3. Llaneras J, Riveiro-Barciela M, Rando-Segura A, Marcos-Fosch C, Roade L, Velázquez F, et al. Etiologies and Features of Acute Viral Hepatitis in Spain. Clin Gastroenterol Hepatol. 2021;19(5):1030-7. doi: https://doi.org/10.1016/j.cgh.2020.07.006
4. Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III. Vigilancia epidemiológica de la Hepatitis B en España, 2019. Madrid; Ministerio de Ciencia e Innovación; 2020.
5. Statista Research Department. Número de muertes por hepatitis vírica en España de 2006 a 2019. [Internet]. Statista; 2023. [Consultada 01/05/2022]. Disponible en: https://es.statista.com/estadisticas/604808/numero-de-muertes-por-hepatitis-virica-en-espana/
6. Arístegui Fernández J, Díez-Domingo J, Marés Bermúdez J, Martinón Torres F. Vacunación frente a la hepatitis B. Impacto de los programas de vacunación tras 20 años de su utilización en España. ¿Es tiempo de cambios? Enferm Infecc Microbiol Clin. 2015;33(2):113-8. doi: 10.1016/j.eimc.2014.12.010
7. Oviedo, M, Muñoz MP, Carmona G. Borras E, Batalla J, Soldevila N, et al. The impact of immigration and vaccination in reducing the incidence of hepatitis B in Catalonia (Spain). BMC Public Health. 2012;12(1):614. doi: https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-614

8. Muñoz-Gámez JA, Salmerón J. Prevalencia de la hepatitis B y C en España: se necesitan más datos. Rev Esp Enferm Dig. 2013;105(5):245-8. doi: https://dx.doi.org/10.4321/S1130-01082013000500001
9. Rodríguez M, Buti M, Esteban R, Lens S, Prieto M, Suárez E, et al. Documento de consenso de la Asociación Española para el Estudio del Hígado sobre el tratamiento de la infección por el virus de la hepatitis B (2020). Gastroenterol Hepatol. 2020;43(9):559-87. doi: 10.1016/j.gastrohep.2020.03.011
10. Rodriguez-Tajes S, Dacal Y, Collazos C, Frías MC, Vidal Benede MJ, Jané M, et al. Estudio de prevalencia de infección por los virus hepatitis B y C en Cataluña. [Internet]. En: 42 Congreso Anual de la AEEH, 2017. Madrid: Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH); 2017. [Consultada 14/04/2022]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/320835653_Estudio_de_prevalencia_de_infeccion_por_los_virus_hepatitis_B_y_C_en_Cataluna
11. Bayas JM, Bruguera M, Martín V, Mayor A, de la Fuente ML, Laliga, A, et al. Hepatitis B y delta en reclusos jóvenes. Med Clin. 1990;94(5):164-8.
12. Saiz de la Hoya P, Marco A, García-Guerrero J, Rivera A; Prevalhep study group. Hepatitis C and B prevalence in Spanish prisons. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2011;30(7):857-62. doi: https://doi.org/10.1007/s10096-011-1166-5
13. Marco A, Solé C, Gallego C, Planella R, Leandro E, Sastre A, et al. Prevalencia de HbsAg positivo en presos de Cataluña y perfil diferencial según el lugar de origen. Rev Esp Sanid Penit. 2014;16:98.
14. Ezzikouri S, Pineau P, Benjelloun S. Hepatitis B virus in the Maghreb region: from epidemiology to prospective research. Liver Int. 2013;33(6):811-9. doi: https://doi.org/10.1111/liv.12135
15. Lahlali M, Abid H, Lamine A, Lahmidani N, El Yousfi M, Benajah D, et al. Epidemiology of viral hepatitis in the Maghreb. Tunis Med. 2018;96(10-1):606-19.
16. Chan HL-Y, Jia J. Chronic hepatitis B in Asia-new insights from the past decade. J Gastroenterol Hepatol. 2011;26 Supl 1:131-7. doi: 10.1111/j.1440-1746.2010.06544.x
17. Le L, Blach S, Rewari B, Chan P, Cui F, Ishikawa N, et al. Progress towards achieving viral hepatitis B and C elimination in the Asia and Pacific region: results from modelling and global reporting. Liver Int 2022; 42: 1930-34. doi: https://doi.org/10.1111/liv.15131
18. European Centre for Disease Prevention and Control (eCDC). Systematic review on hepatitis B and C prevalence in the EU/EEA. Scientific Advice. [Internet]. Stockholm: ECDC; 2016. [Consultada 05/11/2020]. Disponible en: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/systematic-review-hepatitis-B-C-prevalence.pdf
19. Spearman CW, Afihene M, Ally R, Apica B, Awuku Y, Cunha L, et al. Hepatitis B in sub-Saharan Africa: strategies to achieve the 2030 elimination targets. Lancet Gastroenterol Hepatol 2017;2(12):900-9. doi: 10.1016/S2468-1253(17)30295-9.
20. Sequera VG, Bayas JM. Vacunación en población encarcelada. Una revisión. Rev Esp Sanid Penit. 2012;14(3):99-105.
21. Sequera VG, Valencia S, García-Basteiro AL, Marco A, Bayas JM. Vaccinations in prisons: A shot in the arm for community health. Hum Vaccin Immunother. 2015;11(11):2615-26. doi: https://doi.org/10.1080/21645515.2015.1051269
22. Salleras L, Domínguez A, Bruguera M, Plans P, Costa J, Cardeñosa N, et al. Declining prevalence of hepatitis B virus infection in Catalonia (Spain) 12 years after the introduction of universal vaccination. Vaccine. 2007;25(52):8726-31. doi: https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2007.10.027
23. Domínguez A, Urbiztondo L, Bayas J M, Borrás E, Broner S, Campins M, et al. Serological survey of hepatitis B immunity in healthcare workers in Catalonia (Spain). Hum Vaccin Immunother. 2017;13(2):435-9. doi: https://doi.org/10.1080/21645515.2017.1264791
24. Pedraza-Flechas AM, García-Comas L, Ordobás-Gavín M, Sanz-Moreno JC, Ramos-Blázquez B, Astray-Mochales J, et al. Hepatitis B virus infection and vaccine-induced immunity in Madrid (Spain). Gaceta Sanit. 2014;28(6):492-5. doi: https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.05.007
25. Dolan K, Wirtz AL, Moazen B, Ndeffo-Mbah M, Galvani A, Kinner SA, et al. Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees. Lancet. 2016;388(10049):1089-102. doi: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30466-4
26. European Centre for Disease Prevention and Control. Hepatitis B: Annual epidemiological report for 2020. [Internet]. En: ecdc.europa.eu. Stockholm: ECDC; 2020. [Consultada 05/12/2022]. Disponible en: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AER-HEP-B-2020-final.pdf
27. Centers for Disease Control and Prevention. Viral Hepatitis Surveillance: United States, 2017. [Internet]. CDC; 2019. [Consultada 05/12/2022].

Disponible en: https://www.cdc.gov/hepatitis/statistics/2017surveillance/pdfs/2017HepSurveillanceRpt.pdf

28. Panel de expertos de GeSIDA, Plan Nacional sobre el Sida. Documento de consenso de GeSIDA/Plan Nacional sobre el sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultosinfectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (actualización enero 2023). [Internet]. GeSIDA; 2023. Disponible en: https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2023/02/Guia_Modificada_DocumentoDeConsensoDeGeSIDAPlanNacionalSobreElSidaRespectoAlTratamientoAntirretroviralEnAdultosInfectadosPorElVirusDeLaInmunodeficienciaHumana.pdf
29. Unitat d'Informació i Coneixement. Servei Català de la Salut. Programa Salut Penitenciària. Institut Català de la Salut. Informes breus nº 39: Persones en situació de reclusió. Catalunya, 2015-2018. [Internet]. Barcelona: Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2020. Disponible en: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/5122/catsalut_informes_%20breus_%2039_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y
30. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines: Management of hepatocellular carcinoma. J Hepatol. 2018;69(1):182-236. doi: 10.1016/j.jhep.2018.03.019