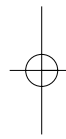
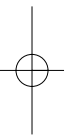
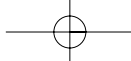


PROTOCOLOS DE COORDINACIÓN ENTRE SERVICIOS SANITARIOS PENITENCIARIOS Y HOSPITALES DE REFERENCIA

Coordinadores:

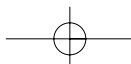
- Pablo Saiz de la Hoya Zamácola
- Enrique Ortega González



© 2004 Scientific Communication Management S.L.

Depósito legal: M-

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin permiso escrito del titular del copyright.



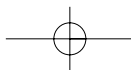
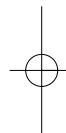
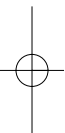
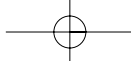
ÍNDICE DE AUTORES

Coordinadores de la Obra

- Pablo Saiz de la Hoya
Centro Penitenciario Alicante I.
- Enrique Ortega
Hospital General Universitario. Valencia.

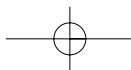
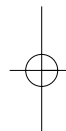
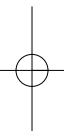
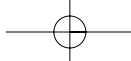
Autores

- Dr. Carlos Alía. C. P. Navacarnero, (Madrid).
- Dr. Miquel J. Aranda. Hospital de Tarrasa (Barcelona).
- Dr. Víctor Asensi. Hospital General de Oviedo (Asturias).
- Dr. Julio G^a Guerrero. C. P. Castellón.
- Dr. Juan González-García. Hospital La Paz (Madrid).
- Dr. José de Juan. C. P. de Córdoba.
- Dr. José María Kindelán. Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba).
- Dr. Andrés Marco. C. P. Barcelona hombres.
- Dr. Vicente Martín. C. P. Mansilla León.
- Dr. Carlos Martín. Hospital Nuestra Señora de la Montaña (Cáceres).
- Dr. Santiago Moreno. Hospital Ramón y Cajal (Madrid).
- Dr. Joaquín Portilla. Hospital General Universitario (Alicante).
- Dra. Mercè Roget. Hospital de Tarrassa (Barcelona).
- Dr. Vicente Soriano. Instituto Carlos III (Madrid).



ÍNDICE

Introducción	7
Encuesta	11
Protocolos VHC	41
Protocolos VIH	69
Recomendaciones finales	119
Algoritmos VHC	121
Anexo 1	124
Anexo 2	125
Agradecimientos	127



INTRODUCCIÓN

Durante el año 2002 la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (S.E.S.P.) realizó un Programa de Calidad Asistencial en las Prisiones (CAPRI), coordinado por los doctores Pablo Saiz de la Hoya y Pompeyo Viciano, y patrocinado por GlaxoSmithKline.

Este programa se realizó para identificar y priorizar los problemas de calidad asistencial en las prisiones españolas mediante la técnica de los Grupos Nominales de Delbecq. La Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria creó unos grupos de trabajo compuestos por médicos y enfermeros de prisiones, que consensuaron una lista de problemas u oportunidades de mejora de la calidad en la asistencia sanitaria a las personas reclusas. En este estudio participaron un total de 67 profesionales, representando a casi todas las prisiones españolas.

En nueve reuniones zonales, y posteriormente en una final, se consensuaron cuáles eran los problemas de calidad asistencial u oportunidades de mejora más importantes (PCOM), centrándose en dos diferentes aspectos: la estructura sanitaria de las prisiones españolas (organización, medios personales, características y estructura de las consultas y enfermerías, medios exploratorios, diagnósticos y terapéuticos), y el proceso sanitario (actuaciones de los profesionales, programas y protocolos existentes, pruebas realizadas, etc.). Al final, y con determinados votos, se obtuvieron los PCOM más importantes respecto a estos dos aspectos.

Entre los problemas de calidad referentes a la estructura que se obtuvieron en el programa CAPRI podemos encontrar que la descoordinación que existe con los hospitales de referencia en particular y con el sistema de salud en general quedó en tercer lugar y con una puntuación de 320 puntos (sobre 2.150 totales), y que en octavo lugar y con 137 puntos otorgados por los profesionales participantes se situó la ausencia de protocolos clínicos conjuntos entre los hospitales de referencia y los servicios sanitarios de las prisiones.

En los problemas de calidad referentes al proceso el primer problema u oportunidad de mejora o, lo que es lo mismo, el PCOM que más votos obtuvo de los profesionales participantes fue el inadecuado seguimiento de los pacientes con tuberculosis e infección por el VIH (322 puntos sobre 2.202) y en séptimo lugar con 209 puntos obtenidos quedó la demora excesiva de consultas, intervenciones y resultados en hospitales, punto en el que específicamente se cita *“la falta de protocolos de derivación hospitalaria y en algunos centros una*

dependencia excesiva del hospital en el proceso de seguimiento del VIH y VHC, lo cual provoca disfunciones en la práctica diaria”.

Estos datos obtenidos mediante la metodología descrita en el mismo programa (CAPRI, Calidad Asistencial en Prisiones, Ed. SCM Madrid 2002), corroboraban los hallados en una encuesta preliminar al programa, en la que se solicitaba a los profesionales de cada centro penitenciario de España una gran cantidad de datos sobre las dotaciones y el funcionamiento de los servicios sanitarios de sus centros penitenciarios y en donde se constataba que el 74% de dichos centros no tenían protocolos de actuación conjunta en ninguna enfermedad y con ningún servicio de su hospital de referencia. También el 68% de las prisiones con más de 600 internos, según los datos obtenidos, tienen problemas para que los pacientes salgan al hospital a consultas externas, problemas que sólo tienen el 39% de las prisiones con menos de 600 internos. Destaca también en la encuesta que en un 11% de las prisiones sólo se consigue que salgan al hospital un número inferior al 60% de los pacientes que tienen programada la consulta. Estos problemas que impiden las consultas externas son, en la mayoría de las prisiones (72-91%), producidos por la ausencia de efectivos policiales para realizar dicho traslado, y en menor número de prisiones (17,1%) están producidos por ausencia de medios de transporte.

Todo lo anterior nos inclinó a pensar que la creación de unos protocolos de actuación y coordinación entre los servicios de medicina interna o las unidades de enfermedades infecciosas de los hospitales de referencia y los servicios médicos de las prisiones españolas podrían mejorar la atención a los pacientes que padecieran dos infecciones muy frecuentes entre la población penitenciaria española y con gran morbilidad y mortalidad: la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y la infección por el virus de la hepatitis C. Por otra parte, con la implementación de estos protocolos conseguiríamos disminuir el número de traslados prisión-hospital que el control y tratamiento de estas infecciones habitualmente conlleva, con lo que se disminuirían costes (todo interno debe ser trasladado con uno o dos policías y en ocasiones a más de 30 ó 40 kilómetros) y se mejoraría la gestión.

Gracias otra vez al patrocinio de GlaxoSmithKline y con el soporte técnico de *Scientific Communication Management (SCM)*, se han diseñado estos protocolos. Previamente se ha realizado una encuesta para valorar la situación clínica de los internados en prisión respecto a las infecciones por el VIH y el VHC y enfermedades asociadas (tuberculosis y otras hepatitis) cuyos resultados exponemos como prólogo, y en la que destaca que si en la infección por el VIH el control de los pacientes es el correcto y adecuado en la mayoría de las prisio-

nes, eso no sucede con la infección por el virus de la hepatitis C (debido al olvido que la ausencia de tratamiento hasta fechas recientes había sumido a esta enfermedad) en cuyo control se debe mejorar.

Los promotores de este proyecto consideramos que se debía realizar en primer lugar un borrador de cada protocolo por los dos coordinadores, y que una vez realizados éstos, un grupo de expertos que trabajasen en las prisiones y en los hospitales de referencia, –profesionales que tuvieran una importante experiencia profesional y estuviesen distribuidos por toda la geografía española– revisasen, criticasen y aportasen sugerencias al mismo.

Los dos coordinadores de los protocolos son:

- Dr. Pablo Saiz de la Hoya (Centro Penitenciario de Alicante).
- Dr. Enrique Ortega (U.E.I. Hospital General Universitario de Valencia).

El grupo de expertos está compuesto por:

A GRUPO DE EXPERTOS PROPUESTOS POR LA S.E.S.P.

- Dr. Carlos Alía C. P. Navalcarnero, (Madrid).
- Dr. Julio G^a-Guerrero C. P. Castellón.
- Dr. José de Juan C. P. de Córdoba.
- Dr. Andrés Marco C. P. Barcelona hombres.
- Dr. Vicente Martín C. P. Mansilla (León).
- Dr. Santiago Moreno Socio honorario S.E.S.P..

B GRUPO DE EXPERTOS DE LOS HOSPITALES DE REFERENCIA

- Dr. Víctor Asensi. Hospital General de Oviedo (Asturias).
- Dr. Miquel J. Aranda. Hospital de Tarrasa (Barcelona).
- Dr. Juan González-García. Hospital La Paz (Madrid).
- Dr. José Maria Kindelán. Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba).
- Dr. Carlos Martín. Hospital Nuestra Señora de la Montaña (Cáceres).
- Dr. Joaquín Portilla. Hospital General Universitario (Alicante).
- Dr. Vicente Soriano. Instituto Carlos III (Madrid).
- Dra. Mercè Roget. Hospital de Tarrassa (Barcelona).

Infección VIH y VHC en el medio penitenciario

Protocolos de coordinación entre servicios sanitarios penitenciarios y hospitales de referencia

A estos protocolos se han añadido unos algoritmos que facilitan la actuación de los profesionales y la fácil consulta, así como dos anexos para facilitar y conocer las pruebas analíticas y la periodicidad con que se deben realizar para un correcto diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades, y finalmente, y quizás más importante, también se añaden unas recomendaciones que el grupo de expertos considera necesario realizar a los profesionales implicados y a las distintas administraciones públicas afectadas para que estas enfermedades sean correctamente abordadas en el medio penitenciario.

Pablo Saiz de la Hoya

Enrique Ortega

ENCUESTA

**Pablo Saiz de la Hoya, Miguel Bedia, Pedro Jesús Esteban,
Juan José Figueira, Julio G^a Guerrero, Germán Jiménez, Andrés Marco,
José de Juan Ramírez, Miguel Ángel Mulas, Luis Tulleuda**

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN CONSULTAS PENITENCIARIAS

Para conocer las características de los pacientes penitenciarios se ha realizado un estudio en ocho prisiones españolas previamente seleccionadas, intentando que estuviesen distribuidas por toda la geografía española y que estuviesen representadas los distintos tipos de prisiones.

La muestra se ha obtenido mediante la selección de los cuarenta primeros pacientes que entraron en las consultas de los médicos encuestadores en un día opcional de julio de 2003 con independencia de cualquier otro factor. Posteriormente, se debía entrevistar al número necesario de pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que consecutivamente entrasen en la consulta ese día, o en la siguiente consulta, para que entre los encuestados hubiese como mínimo 25 pacientes infectados por el VIH por centro.

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 representan mediante frecuencia y proporción, y las cuantitativas cuando mantienen una distribución paramétrica mediante media y desviación estándar, si no tenían una distribución paramétrica mediante mediana y percentiles 25 y 75. La significación estadística se ha obtenido mediante la T de Studen, el Test exacto de Fisher, la U De Man-Whitney y la prueba Z para comparación de porcentajes.

Como ya se ha comentado, el análisis se ha dividido en dos:

- 1. estudio de la población penitenciaria.** Se han analizado los cuarenta primeros pacientes de cada centro. En total suponen 320 pacientes.
- 2. estudio de la población penitenciaria infectada por el vih.** Se han analizado a los pacientes infectados por el VIH. En total se han analizado 199 pacientes VIH positivos por tener que desechar un registro por errores en los datos.

Los investigadores fueron:

- Dr. Miguel Bedia (C.P. Fontcalent, Alicante).
- Dr. Pedro Jesús Esteban (C.P. Nanclares, Álava).
- Dr. Juan José Figueira (C.P. Puerto II Cádiz).
- Dr. Julio G^a Guerrero (C.P. Castellón).
- Dr. José de Juan Ramírez (C.P. Córdoba).
- Dr. Andrés Marco (C.P. Barcelona hombres).
- Dr. Miguel Angel Mulas y Dr. Germán Jiménez (C.P. Navacarnero, Madrid).
- Dr. Luis Tulleuda (C.P. Mansilla, León).

El método de selección de pacientes es probable que haya producido un sesgo de selección, obteniéndose en la muestra una mayor prevalencia de internos con enfermedades (es verosímil que los internos con mas enfermedades acudan más a consultas médicas), pese a esto lo hemos considerado útil para determinar las características de los pacientes atendidos en las consultas penitenciarias. También sirve para poder definir las características de la población penitenciaria infectada por el VIH, debido a que dentro de esta categoría de pacientes la selección es aleatoria.

Infeción VIH y VHC en el medio penitenciario

Protocolos de coordinación entre servicios sanitarios penitenciarios y hospitales de referencia

La distribución del total de los pacientes (391) por centro se refleja en el **Gráfico 1**. La diferencia en el número de pacientes por centro viene dada por las diferentes prevalencias en los centros de pacientes infectados por el VIH, debiendo los centros donde esta prevalencia es menor, recoger un número supletorio mayor de encuestas a pacientes VIH positivos para llegar a 25 pacientes VIH positivos por centro.

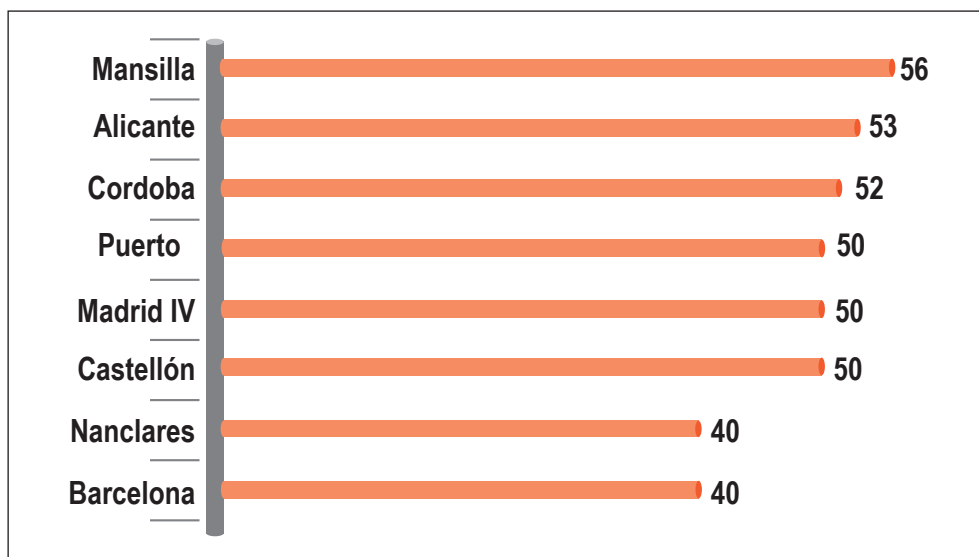


Gráfico 1. Pacientes incluidos por Centro.

1. ESTUDIO DE LOS PACIENTES PENITENCIARIOS (N=320)

1.1 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

La edad de los pacientes presenta una media de $34,0 \pm 7,2$ años. Respecto al sexo, 310 (96,9%) pacientes fueron hombres y 10 (3,1%) mujeres.

De los 320 pacientes, 24 (7,5%) habían estado en prisión (independientemente del centro o centros) menos de seis meses, 33 (10,3%) habían estado entre seis y doce meses, 89 (27,8%) entre uno y tres años y 174 (54,4%) más de tres años. Si nos referimos al tiempo que llevaban en el centro donde se les realizó el estudio, nos encontramos que 59 (18,4%) llevaban en ese centro menos de tres meses, 59 (18,4%) entre tres y seis meses, 70 (21,9%) entre seis meses y doce meses y 132 (41,3%) más de doce meses.

Infeción VIH y VHC en el medio penitenciario

Protocolos de coordinación entre servicios sanitarios penitenciarios y hospitales de referencia

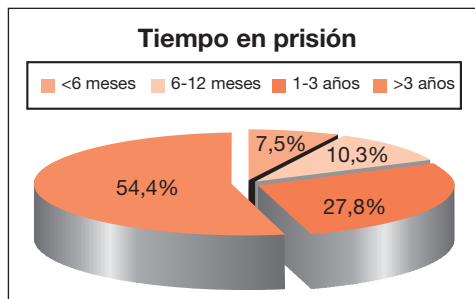


Gráfico 2. Tiempo total en prisión.

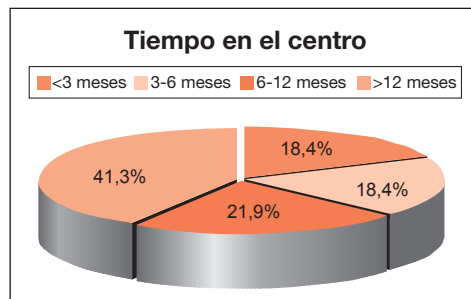


Gráfico 3. Tiempo en el centro.

Si el tiempo que han permanecido ingresados los pacientes donde se les incluyó en el estudio lo analizamos individualizándolo por Centro, podemos observar claramente tres tipos de centros: centros de Preventivos, donde el tiempo de permanencia media es bajo (Alicante, Puerto y Barcelona), centros de Penados, donde la permanencia media es larga (Nanclares, Madrid IV) y centros mixtos (el resto).

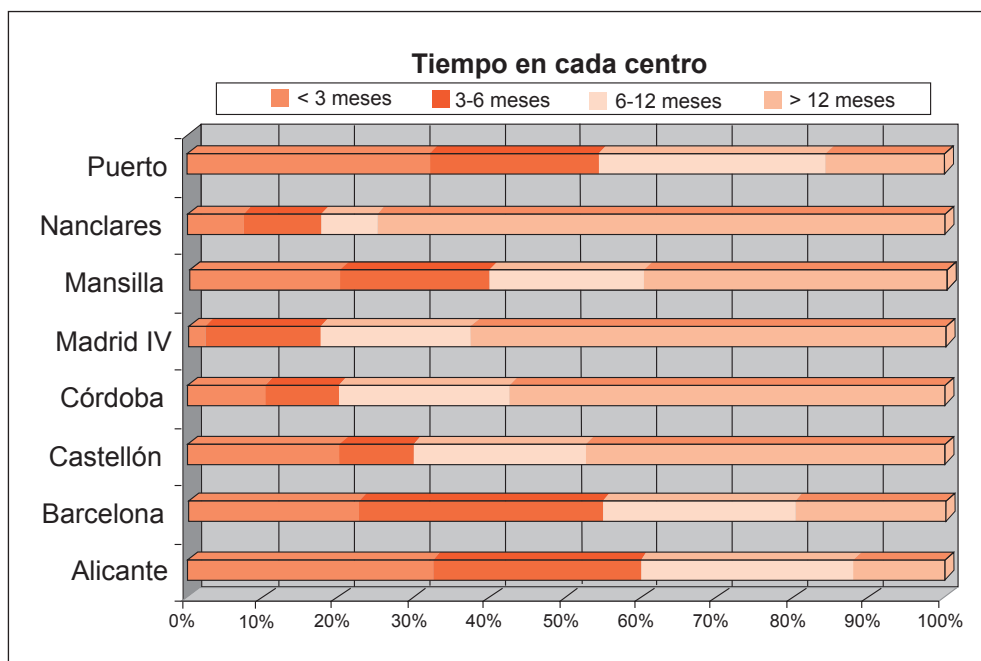


Gráfico 4. Tiempo de estancia de los internos en los C.P.

Infección VIH y VHC en el medio penitenciario

Protocolos de coordinación entre servicios sanitarios penitenciarios y hospitales de referencia

1.2 ANTECEDENTES PERSONALES

Los antecedentes personales se recogen en función de los que están reflejados en la historia clínica, lo cual probablemente conlleve una infravaloración de los antecedentes psiquiátricos. La relación que figura en las historias clínicas de los internos es muy larga, pero destacan como más frecuentes los antecedentes reflejados en el **Gráfico 4**.

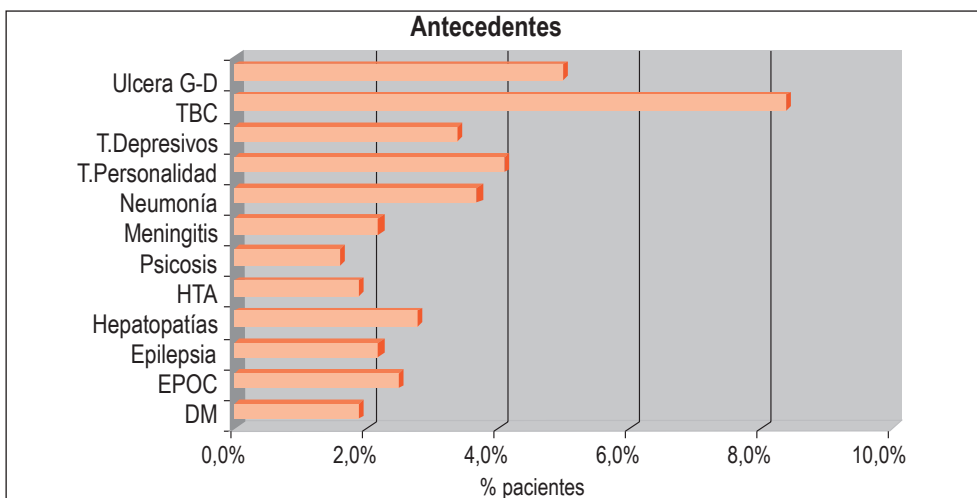


Gráfico 5. Antecedentes personales.

Un 22,8% de los pacientes (73) refieren antecedentes de intervención quirúrgica, destacando las abdominales (10,6%) y las traumatológicas (11,6%).

1.3 DATOS CLÍNICOS

1.3.1 Hábitos Tóxicos

Respecto al consumo de alcohol, 52 (16,3%) pacientes refieren no haber consumido nunca alcohol en cantidades mayores de 30 g/día, 90 (28,1%) refieren haber dejado de beber hace más de seis meses y 26 (8,1%) refieren haber bebido en los últimos seis meses más de 30 g. No hay datos sobre 152 pacientes (47,5%).

Del total de 320 internos, 177 (56,5%) refieren ser o haber sido usuarios de drogas por vía intravenosa (UDI), mientras 136 (43,5%) no refieren esta práctica de riesgo. No hay datos sobre siete internos. El tiempo medio que refieren haber sido UDI es de 196,8 ($\pm 86,4$) meses.

Infección VIH y VHC en el medio penitenciario

Protocolos de coordinación entre servicios sanitarios penitenciarios y hospitales de referencia

Respecto al consumo actual de drogas, también 177 (56,4%) pacientes refieren consumir drogas ilegales, versus 137 (43,6%) que no refieren consumo actual.

De los 177 pacientes que consumen drogas, es variable el número de drogas que consumen, con una mediana de dos (máximo: 5; mínimo: 1). Se describen los tipos de drogas consumidos en el **Gráfico 6** representado como proporción de los 177 pacientes que consumen cada tipo de droga.

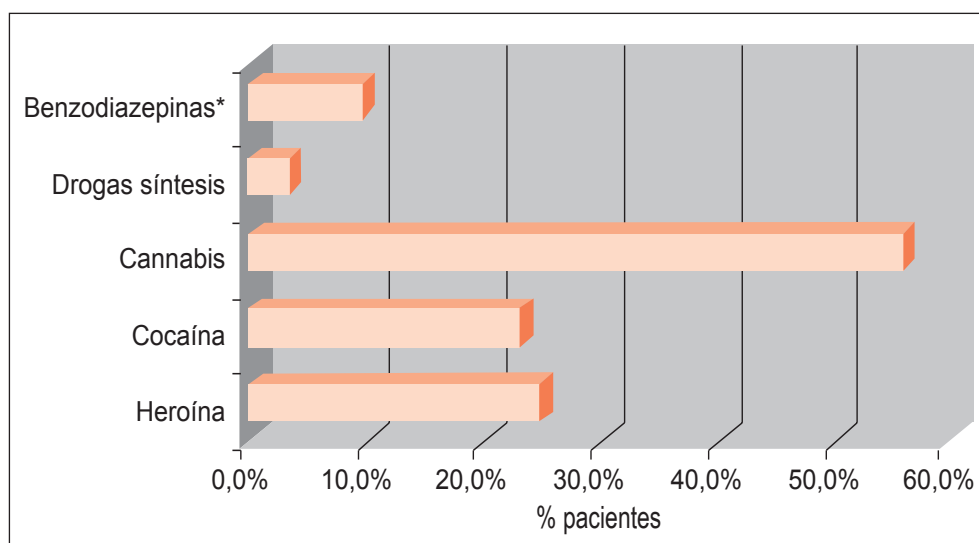


Gráfico 6. Drogas consumidas (N=177).

* Benzodiazepinas sin prescripción médica

1.3.2 Datos de la exploración física

Se han valorado en los pacientes el peso, la talla, la presencia de caries, ausencia de piezas bucales y la existencia de muguet, así como la presencia de tatuajes.

La media del peso de los pacientes (n=317) es de 71,5 kg ($\pm 12,95$) y la talla media (n=281) de 171,5 cm ($\pm 6,8$).

Si valoramos el peso según los resultados de las serologías de VIH y VHC en los pacientes que tienen recogidos los dos datos, nos encontramos lo reflejado en la **Tabla 1**.

Infección VIH y VHC en el medio penitenciario

Protocolos de coordinación entre servicios sanitarios penitenciarios y hospitales de referencia

		N	Media	Des. típica	p*
Ac antiVHC	Positivo	171	69,0	10,4	0,001
	Negativo	131	73,1	10,2	
	No Realizado	15	72,4	11,9	
VIH ELISA	Positivo	128	67,7	10,2	<0,001
	Negativo	179	73,1	10,4	
	No Realizado	10	70,8	8,6	

Tabla 1. Estado nutricional: Peso de los internos en función de la serología a VHC y VIH

Y si lo que se valora es el estado higiénico-patológico de la cavidad bucal respecto a la presencia de caries, muguet y la ausencia o no de piezas bucales, nos encontramos lo descrito en la **Tabla 2**.

		VHC (n=296)			VIH (n=301)			TOTAL (n=312)
		+	-	p	+	-	p	
Caries	SI	140 (47,3%)	73 (24,7%)	<0,001	109(36,2%)	112 (37,2%)	<0,001	226 (72,4%)
	NO	30 (10,1%)	53 (17,9%)		18 (6,0%)	62 (20,6%)		86 (27,6%)
Ausencia piezas	SI	139 (46,9%)	61 (20,6%)	<0,001	111(36,9%)	93 (30,9%)	<0,001	211 (67,6%)
	NO	31 (10,6%)	65 (21,9%)		16(5,3%)	81 (26,9%)		101 (32,4%)
Muguet	SI	23 (7,8%)	2 (0,7%)	<0,001	21(7,0%)	4 (1,3%)	<0,001	25 (8,0%)
	NO	147 (49,6%)	124 (41,9%)		106(35,2%)	170 (56,5%)		287 (92,0%)

Tabla 2. Salud bucodental en función de la serología a VHC y VIH.

Se recoge también en los CRD la existencia de tatuajes, y de los 312 pacientes de los que se aportan datos, 162 (51,9%) los tienen y 150 (48,1%) no.

1.4 ESTUDIO DE TUBERCULOSIS

A ENFERMEDAD TUBERCULOSA

Han padecido una tuberculosis 26 (8,1%) pacientes de los 320 (dieciséis de ellos estaban infectados por el VIH), de los cuales 22 son formas pulmonares y un paciente había realizado previamente tratamiento de la infección tuberculosa latente.

De estos 26 pacientes, siete presentaban Mantoux positivo (26,9%), nueve (34,6%) negativo y en diez (38,5%) pacientes no consta resultado.

Mediante cultivo fueron diagnosticados ocho pacientes (de ellos, cinco con baciloscopia positiva), exclusivamente con radiología siete pacientes, y el resto, o no constan datos por constar la tuberculosis como antecedente referido o fueron tratados empíricamente (dos casos).

Diecisiete pacientes del total han recibido tratamiento para la enfermedad tuberculosa en prisión, catorce de ellos lo recibieron directamente observado (TDO).

B INFECCIÓN TUBERCULOSA LATENTE (ITL)

De los 294 internos restantes 117 (39,8%) presentaban ITL –definida como Mantoux mayor de 5 mm–, 142 (48,3%) presentaron Mantoux negativo y a 35 (11,9%) personas no se le había realizado. De los pacientes con ITL, 37 estaban infectados por el VIH.

Se realiza radiografía de tórax a 135 (45,9%) internos de los 294, y de éstos, 87 pacientes presentan ITL –se realiza radiografía de tórax al 74,3% de los pacientes con mantoux positivo– de los cuales en dos existían lesiones sospechosas de tuberculosis y en 85 personas no existían lesiones tuberculosas. Se realiza Ziehl a 52 pacientes (44,4%) y cultivo a 47 (40,2%) resultando negativo en todos.

Se inicia tratamiento de la infección tuberculosa latente en 68 (23,1%) pacientes, consta fin en 31 (10,1%), se desconoce si finalizó el tratamiento en veinte pacientes (6,8%) y en el momento de la recogida de datos permanecen en tratamiento diecisiete (5,8%) pacientes.

1.5 ESTUDIOS SEROLÓGICOS

1.5.1 Estudio de la sífilis

Del total de 320 internos, tenían realizado este estudio serológico 263 (82,2%) internos, de los cuales trece (4,9%) presentaron serologías (RPR/TPHA) positivas para sífilis, cuatro lo habían referido como antecedente y cinco de los pacientes habían recibido tratamiento en el último año.

1.5.2 Estudios serológicos de hepatitis

La prevalencia de los distintos tipos de hepatitis se pueden observar en la **tabla 3**.

	POSITIVO		NEGATIVO		
	N	%	N	%	
AntiVHC (n=304)	173	56,9%	131	43,1%	
AgHBS (n=296)	13	4,4%	283	95,6%	1/11: AcVHD(+)*
IgG VHA (n=35)	19	54,3%	16	45,7%	

Tabla 3. Prevalencia de hepatitis.

* A sólo once pacientes con antígeno positivo de superficie de la hepatitis B se les ha realizado serología de hepatitis delta, resultando positivo en uno, y en ninguno consta DNA de virus B.

1.5.3 Vacunaciones

1.5.3.1 Vacuna contra la hepatitis A

Constan como vacunados contra el VHA dos de los 320 pacientes del global de la muestra o de los 173 pacientes con VHC positivo.

De los dos pacientes vacunados contra VHA, la pauta ha sido completa en uno.

1.5.3.2 Vacuna contra la hepatitis B (HB)

El 27,8% (89) de la muestra presentaron positividad simultánea para los anticuerpos anticore (AntiHBc) y antisuperficie (AntiHBs) del virus de la HB. Otros 39 (12,2%) pacientes presentaron AntiHBs positivos sin anticore positivo y

64 más (20,0%) presentaron anticore positivo sin antiHBs positivo, lo cual significa que el 40% de los internos requieren vacunación contra la HB.

Han sido vacunados contra la hepatitis B 134 (41,9%) internos, y de éstos, en 93 pacientes la pauta (tres dosis independientemente de la pauta elegida) estaba completa. Hay que tener en cuenta que en muchos casos de la muestra la serología de Hb recogida es posterior a las fechas de vacunación.

1.5.4 Estudio virológico

Se ha realizado determinación de ARN de VHC (PCR cualitativa o cuantitativa) a 67 (38,7%) pacientes de los 173 con serología de VHC positiva. Se ha realizado también a cinco pacientes con VHC negativo. Los resultados se reflejan en la **Tabla 4**.

			PCR VHC (72)	
			Positivo	Negativo
Ac antiVHC	Positivo (173)	N	63	4
		%	87,5%	5,6%
	Negativo (131)	N	-	5
		%	-	6,9%
Total		N	63	9
		%	87,5%	12,5%

Tabla 4. Realización de PCR para detección de ARN de VHC y su relación con la detección de anticuerpos frente al VHC.

De los 63 pacientes con ARN de VHC positivo, se ha realizado genotipo a 46 pacientes con los resultados reflejados en la **Tabla 5**.

	VIH POSITIVO		TOTAL		p-valor
	N	%	N	%	
1	14	43,8	25	54,3	0,181
2	1	3,1	1	2,2	0,402
3	9	28,1	12	26,1	0,422
4	8	25,0	8	17,4	0,207
Total	32	100,0	46	100,0	

Tabla 5. Genotipos del virus de la hepatitis C en la población total y en los infectados por el VIH.

Infección VIH y VHC en el medio penitenciario

Protocolos de coordinación entre servicios sanitarios penitenciarios y hospitales de referencia

Se ha comparado el porcentaje de pacientes que presenta cada uno de los genotipos (1, 2, 3 y 4) de forma separada, entre pacientes VIH positivos y global de pacientes, no encontrándose diferencias significativas.

También se ha comparado la distribución de los genotipos en los pacientes VIH positivos frente al global de pacientes, tampoco existiendo diferencias estadísticamente significativas ($p=0,329$).

Dentro de los pacientes a los que se les ha realizado la determinación cuantitativa de la carga viral del virus C, y dependiendo de que ésta sea mayor o menor de la cifra de 850.000 copias de RNA/ml, nos encontramos lo reflejado en la **Tabla 6**.

	N	%
< 850.000 cep/ml	21	42,0
> 850.000 cep/ml	29	58,0
Total	50	100,0

Tabla 6. Pacientes con ARN de VHC mayor y menor de 850.000 copias/ml en plasma.

1.5.5 Datos de la serología del VIH

La realización de serología de VIH (ELISA y confirmación con Western-bloot o mediante carga viral) se ha realizado a 309 (96,6%) y sus resultados se reflejan en la **Tabla 7**. La prevalencia, mayor de la esperada y obtenida en otros estudios, es probable que sea debida al sesgo en la selección de la muestra obtenida entre los pacientes que tenían consulta de medicina general un día determinado en el centro penitenciario.

	N	%
Positivo	128	40,0
Negativo	181	56,6
No realizado	11	3,4
Total	320	100,0

Tabla 7. Prevalencia de VIH en la muestra.

1.6 OTROS TRATAMIENTOS

En la encuesta se determinan que tratamientos exceptuando a los antirretrovirales estaban tomando los internos, reflejándose en la **Tabla 8**.

	N	%
Metadona	132	41,3
Medicación cardiológica	5	1,6
Anticoagulantes	2	0,6
Benzodiazepinas	145	45,3
Hormonas tiroideas	1	0,3
Neurolépticos	47	14,7

Tabla 8. Otros tratamientos (N=320). N° de internos y porcentaje que toman tratamiento diferente a los antirretrovirales

Un paciente puede estar recibiendo más de un tratamiento distinto. Si describimos a los pacientes según el número de tratamientos diferentes que reciben nos encontramos lo reflejado en la **Tabla 9**.

	N	%
No reciben	125	39,1
Un tratamiento	77	24,1
Dos tratamientos	99	30,9
Tres tratamientos	19	5,9
Total	320	100,0

Tabla 9. N° de tratamientos que toman los internos.

En las **Tabla 10** y **11** se describen los tratamientos a los que están sometidos los pacientes dependiendo de los resultados de la serología de VHC y VIH respectivamente.

Infección VIH y VHC en el medio penitenciario

Protocolos de coordinación entre servicios sanitarios penitenciarios y hospitales de referencia

	Ac antiVHC					
	Positivo (173)		Negativo (131)		No realizado (16)	
	N	%	N	%	N	%
Metadona (N=132)	114	86,4	13	9,8	5	3,8
Cardiológica (N=5)	1	20,0	4	80,0	-	-
Anticoagulantes (N=2)	-	-	2	100,0	-	-
Benzodiazepinas (N=145)	114	78,6	25	17,2	6	4,1
Hormonas tiroideas (N=1)	1	100,0	-	-	-	-
Neurolépticos (N=47)	33	70,2	11	23,4	3	6,4

Tabla 10. Tratamientos dependiendo de la serología de VHC.

	Estudio VIH					
	Positivo (128)		Negativo (181)		No realizado (11)	
	N	%	N	%	N	%
Metadona (N=132)	84	63,6	46	34,8	2	1,5
Cardiológica (N=5)	1	20,0	4	80,0	-	-
Anticoagulantes (N=2)	-	-	2	100,0	-	-
Benzodiazepinas (N=145)	80	55,2	61	42,1	4	2,8
Hormonas tiroideas (N=1)	1	100,0	-	-	-	-
Neurolépticos (N=47)	33	70,2	14	29,8	-	-

Tabla 11. Tratamientos dependiendo de la serología de VIH.

1.7 SUBANÁLISIS

Se ha hecho un subanálisis para valorar la realización de los distintos estudios y pruebas a los internos dependiendo del tiempo que llevan en prisión y el tiempo que permanecen ingresados en el centro donde se realizó la encuesta.

Se ha valorado que a un paciente se le ha realizado el estudio de tuberculosis cuando se le ha realizado el Mantoux y/o radiografía de tórax y/o Ziehl o Lowenstein.

Infección VIH y VHC en el medio penitenciario

Protocolos de coordinación entre servicios sanitarios penitenciarios y hospitales de referencia

Se considera realizado el estudio serológico de hepatitis cuando se tienen resultados por lo menos de hepatitis B y C. Serología de VIH cuando constan resultados del ELISA para el VIH, estudio de la hepatopatía por VHC cuando como mínimo se ha realizado una PCR de virus C, y estudio de la infección por VIH cuando se tienen por lo menos un resultado analítico de subpoblaciones linfocitarias CD4 y carga viral de VIH.

		Estudio de la tuberculosis		Serologías de hepatitis		Serología VIH		Estudio hepatopatía VHC		Estudio infección VIH	
Realización de		Mantoux/Rx		(HVC, HB, HA)		(VIH)		PCR VHC		CD4/CV	
		No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
Menos de 6 meses (N=24)	N	9	15	4	20	4	20	24	0	20	4
	(%)	(37,5%)	(62,5%)	(16,7%)	(83,3%)	(16,7%)	(83,3%)	(100%)		(83,3%)	(16,7%)
6-12 meses (N=33)	N	9	24	2	31	2	31	31	2	28	5
	(%)	(27,3%)	(72,7%)	(6,1%)	(93,9%)	(6,1%)	(93,9%)	(93,9%)	(6,1%)	(84,8%)	(15,2%)
1-3 años (N=89)	N	30	59	3	86	2	87	78	11	69	20
	(%)	(33,7%)	(66,3%)	(3,4%)	(96,6%)	(2,2%)	(97,8%)	(87,6%)	(12,4%)	(77,5%)	(22,5%)
Más de 3 años (N=174)	N	30	144	2	172	3	171	124	50	77	97
	(%)	(17,2%)	(82,8%)	(1,1%)	(98,9%)	(1,7%)	(93,8%)	(71,3%)	(28,7%)	(44,3%)	(55,7%)
Total (N=320)	N	78	242	11	309	11	309	257	63	194	126
	(%)	(24,4%)	(75,6%)	(3,4%)	(96,6%)	(3,4%)	(96,6%)	(80,3%)	(19,7%)	(60,6%)	(39,4%)

Tabla 12. Realización de pruebas según tiempo total en prisión.

		Estudio de la tuberculosis y sífilis		Serologías de hepatitis		Serología VIH		Estudio hepatopatía VHC		Estudio infección VIH	
Realización de		Mantoux/Rx		(HVC, HB)		(VIH)		PCR VHC		CD4/CV	
		No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
Menos de 3 meses (N=59)	N	20	39	5	54	4	20	49	10	39	20
	(%)	(33,9%)	(66,6%)	(8,5%)	(91,5%)	(16,7%)	(83,3%)	(83,1%)	(16,9%)	(66,1%)	(33,9%)
3-6 m. (N=59)	N	17	42	3	56	2	31	46	13	40	19
	(%)	(28,8%)	(71,2%)	(5,1%)	(94,9%)	(6,1%)	(93,9%)	(78,0%)	(22,0%)	(67,8%)	(32,2%)
6-12 m. (N=70)	N	16	54	1	69	2	87	60	10	43	27
	(%)	(22,9%)	(77,1%)	(1,4%)	(98,6%)	(2,2%)	(97,8%)	(85,7%)	(14,3%)	(61,4%)	(38,6%)
Más de 12 meses (N=132)	N	25	107	2	130	3	171	102	30	72	60
	(%)	(18,9%)	(81,1%)	(1,5%)	(98,5%)	(1,7%)	(93,8%)	(77,3%)	(22,7%)	(54,5%)	(45,5%)
Total (N=320)	N	78	242	11	309	11	309	257	63	194	126
	(%)	(24,4%)	(75,6%)	(3,4%)	(96,6%)	(3,4%)	(96,6%)	(80,3%)	(19,7%)	(60,6%)	(39,4%)

Tabla 13. Realización de pruebas según el tratamiento de permanencia en el centro de encuesta.

2. ESTUDIO DE LA POBLACIÓN PENITENCIARIA INFECTADA POR EL VIH

La muestra para realizar este estudio se ha obtenido mediante el reclutamiento de los pacientes infectados por el VIH que estaban incluidos en la muestra de población general de los ocho centros penitenciarios, a los que había que añadir el número necesario de pacientes VIH positivos (que debían de ser los sucesivos pacientes VIH que entrasen a pasar consulta el mismo día o si no se completaba la muestra en la siguiente consulta) para que en total se registrasen datos de 25 pacientes VIH positivos en cada centro penitenciario.

Se analizaron 199 por defectos en la recogida de datos de un paciente.

2.1 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

La media de edad de los pacientes incluidos en la muestra es de 35,9 ($\pm 5,7$).

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

Se ha agrupado a los pacientes dependiendo del tiempo que han estado en prisión a lo largo de su vida resultando lo expresado en el **Gráfico 7**, y también respecto al tiempo que llevan internados en la prisión donde se ha realizado la recogida de datos, reflejándose en el **Gráfico 8**. Destaca el elevado porcentaje de pacientes que lleva más de tres años en prisión (76,4%) y que casi el 50% de los pacientes permanece en la misma prisión durante más de un año.

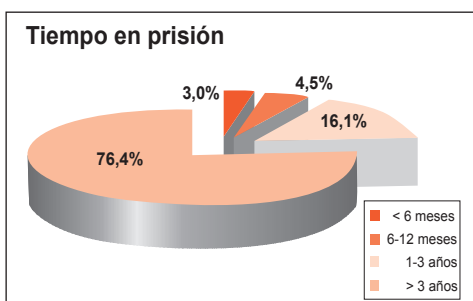


Gráfico 7. Distribución de la población en función del tiempo total de estancia en prisión.

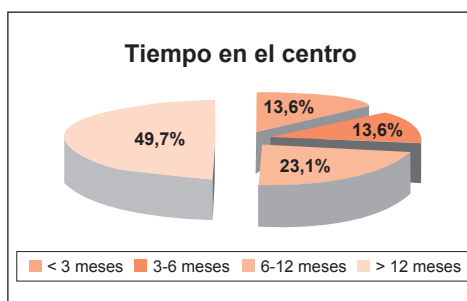


Gráfico 8. Distribución de la población en función del tiempo de estancia en el Centro.

Si la permanencia en el centro penitenciario donde se recogieron los datos la individualizamos por centros (**Gráfico 9**) 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 (Puerto, Alicante y Barcelona) y centros mixtos (Córdoba y Castellón).

Infección VIH y VHC en el medio penitenciario

Protocolos de coordinación entre servicios sanitarios penitenciarios y hospitales de referencia

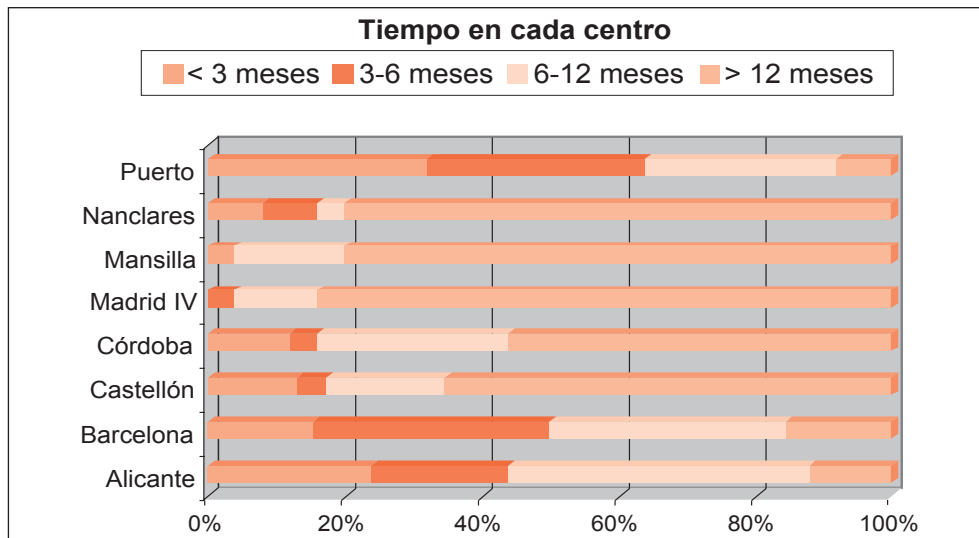


Gráfico 9. Distribución de la población en función de la permanencia de los pacientes en los distintos centros.

2.2 ANTECEDENTES

Los antecedentes personales se recogen de los que figuran en la historia clínica, obteniéndose una gran variedad. Los más frecuentes son los reflejados en el **Gráfico 10**.

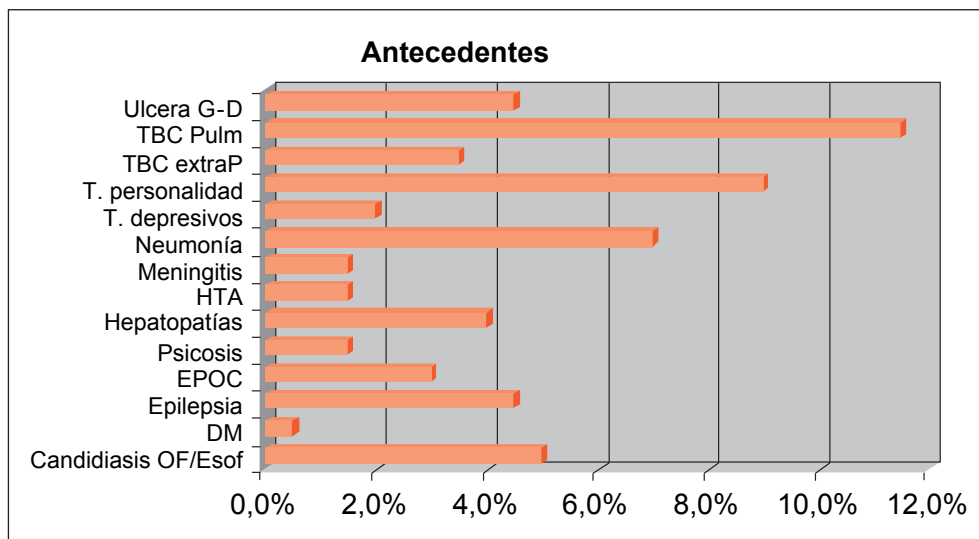


Gráfico 10. Antecedentes personales. Un paciente puede presentar varios antecedentes.

Infección VIH y VHC en el medio penitenciario

Protocolos de coordinación entre servicios sanitarios penitenciarios y hospitales de referencia

Respecto a intervenciones quirúrgicas (IQ), 26 (13,1%) pacientes refieren haber sido intervenidos de cirugía abdominal, 21 (10,6%) de cirugía traumato-lógica y diez (5,0%) de cirugía ORL. Un 7,5% de pacientes referían otro tipo de IQ.

2.3 DATOS CLÍNICOS

2.3.1 Hábitos tóxicos

Sólo se recogen datos de 99 pacientes respecto al consumo de alcohol. De éstos, 25 (25,3%) pacientes refieren no haber consumido nunca alcohol, 54 (54,5%) refieren haber dejado de beber hace mas de seis meses y diecinueve (19,2%) han continuado bebiendo en los últimos seis meses.

Respecto a las prácticas de riesgo, 184 (92,5%) pacientes refieren antecedentes como usuarios de drogas por vía intravenosa (UDI). La mediana del tiempo que ha pasado desde que iniciaron esa práctica hasta la recogida de datos es de 216 meses (percentil 25/75: 156/264).

Un 78,7% (155) de los pacientes VIH positivos refieren continuar consumiendo drogas, respecto a un 21,3% que no las consumen. Las drogas consumidas se reflejan en el **Gráfico 11**, destacando una media de consumo de casi dos drogas por paciente ($1,9 \pm 0,9$).

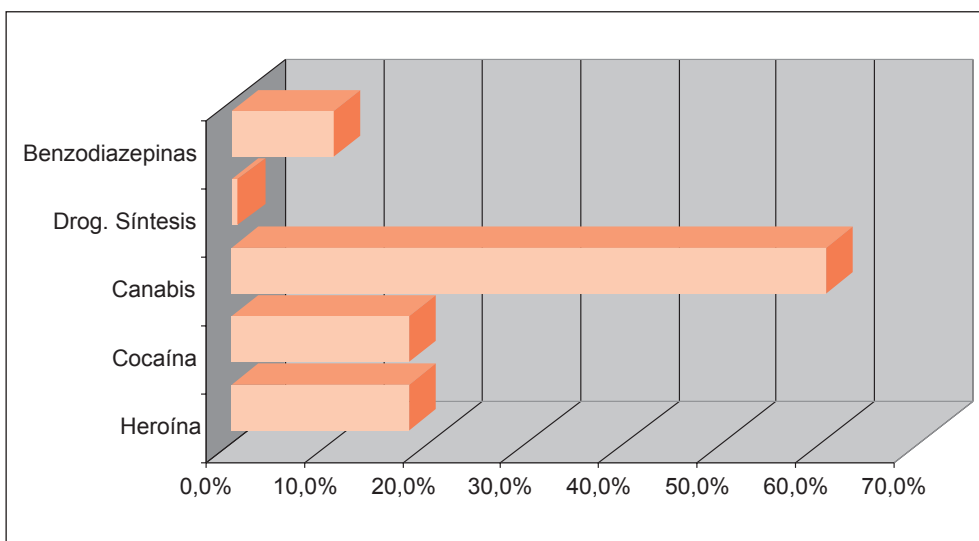


Gráfico 11. Tipos de drogas consumidas (N= 177). % de internos que consume cada tipo de droga.

2.3.2 Datos de la exploración física

El peso de los 199 pacientes tiene una media de 67,79 Kg ($\pm 10,38$). La mediana de la talla de los 175 pacientes que tenemos datos es de 170 (percentiles 25/75: 165,0/175,0).

Respecto al estado higiénico-sanitario buco-dental de los 197 pacientes que aportan datos, nos encontramos que 169 (85,8%) presentan caries, a 169 (85,8%) le faltan piezas dentarias y 33 tienen muguet (16,8%).

Un 70,4% (140) de los pacientes tienen tatuajes.

2.4 ESTUDIO DE LA TUBERCULOSIS

A ENFERMEDAD TUBERCULOSA

De los 199 pacientes VIH positivos, 28 han recibido tratamiento para la tuberculosis, de los cuales, siete son formas extrapulmonares y una mixta. Cuatro pacientes más refieren haber padecido tuberculosis aunque no consta tratamiento.

Tres pacientes habían realizado previamente tratamiento de la infección tuberculosa latente.

De estos 28 pacientes, once presentaban Mantoux positivo (39,3%), y ocho (28,6%) radiografía de tórax positiva.

Mediante cultivo fueron diagnosticados nueve (32,1%) pacientes –de ellos seis (21,4%) con baciloscopia positiva–,

22 de los enfermos (78,6%) recibieron el tratamiento directamente observado (TDO), de cuatro (14,3%) se desconoce si se administró en TDO y a dos (7,1%) no se les administró directamente observado.

B INFECCIÓN TUBERCULOSA LATENTE.

De los 167 pacientes sin antecedentes de TBC, constan que tienen realizado un Mantoux 146 (87,4%) pacientes, en 70 (47,9%) de los cuales resultó positivo y en 76 (52,1%) negativo.

Radiografía de tórax se realizó a 97 (58,1%) pacientes. Baciloscopia se realizó a 81 (48,5%) y cultivo se realizó a 71 (42,5%). En todos resultaron negativos.

Recibieron tratamiento para la infección latente tuberculosa 44 pacientes (62,8%) de los setenta pacientes con Mantoux positivo, y seis pacientes con Mantoux negativo.

2.5 ESTUDIOS SEROLÓGICOS

2.5.1 Estudio de la sífilis

Sólo consta antecedentes de sífilis en cuatro pacientes, pero de los 158 pacientes a los que se les ha realizado serología de sífilis, doce presentaban RPR positivo y, de éstos, siete presentaron pruebas treponémicas positivas.

Sólo consta un paciente en tratamiento en el momento de la recogida de datos en tratamiento.

2.5.2 Estudios serológicos de hepatitis

La prevalencia de coinfecciones por virus de las hepatitis se refleja en la **Tabla 14**.

	POSITIVO		NEGATIVO		
	N	%	N	%	
AntiVHC (n=193)	178	92,2%	15	7,8%	Tres coinfectados HBSAg
AgHBS (186)	11	5,9%	175	94,1%	1/6:AcVHD(+)
IgVHA (n=27)	16	59,3%	11	40,7%	

Tabla 14. Prevalencia de coinfecciones por virus de las hepatitis.

2.5.3 Vacunaciones

2.5.3.1 Vacuna contra la hepatitis A

La serología de HA se ha realizado a 26 pacientes, dieciséis de los cuales eran coinfectados por el VHC. Han sido vacunados dos pacientes y la pauta se completó en uno.

2.5.3.2 Vacuna contra la hepatitis B

De los 188 pacientes no infectados por el virus de la hepatitis B, 141 (75%) presentaban positividad para los anticuerpos anticore de la HB, y 94 (50%) presentaba positividad para los anticuerpos antiperficie de la HB. Sólo 36 pacientes (19,1%) presentaban todos los marcadores de la HB negativos.

Infección VIH y VHC en el medio penitenciario

Protocolos de coordinación entre servicios sanitarios penitenciarios y hospitales de referencia

Han sido vacunados contra VHB 32 (44,4%) pacientes. De los 32 pacientes vacunados contra VHB, la pauta ha sido completa en 24 (75,0%) de los pacientes.

2.5.4 Estudio virológico

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 (25,3%) pacientes, 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	100,0

Tabla 15. Genotipos VHC. Distribución de genotipo de VHC entre la población de internos con infección por VIH.

Determinación cuantitativa de carga viral de virus C se ha realizado a 46 (25,8%) pacientes, manteniendo la siguiente distribución:

	N	%
< 850.000	22	47,8
≥ 850.000	24	52,2
Total	46	100,0

Tabla 16. Distribución según carga viral de VHC.

No se ha realizado determinación de DNA de virus B a ningún paciente con HBS Ag positivo.

Infección VIH y VHC en el medio penitenciario

Protocolos de coordinación entre servicios sanitarios penitenciarios y hospitales de referencia

2.6 OTROS TRATAMIENTOS

De los 199 pacientes infectados por el VIH, 164 (82,4%) tenían otros tratamientos, tomando 44 (26,8%) un tratamiento, 91 (55,5%) dos tratamientos y 29 (17,7%) tres o más tratamientos.

Los tratamientos que toman los pacientes se reflejan en la **Tabla 17**.

	N	%
Metadona (n=199)	132	66,3
Medicación cardiológica	1	0,5
Benzodiazepinas	130	65,3
Hormonas tiroideas	1	0,5
Neurolépticos (n=154)	49	25,3

Tabla 17. Nº y % de internos que reciben otros tratamientos.

2.7 DATOS DE LA HEPATOPATÍA VHC

Los resultados relacionados con la hepatopatía VHC se han analizado en los 63 pacientes que han presentado resultado positivo en la prueba PCR-VHC.

2.7.1 Tiempo desde la infección por el VHC

El tiempo que ha pasado desde la infección por el VHC hasta la recogida de datos ha sido reflejado en 61 pacientes, y tiene una media de 159,7 ($\pm 108,4$) meses.

2.7.2 Analíticas

Se recogen datos del valor de la alanina aminotransferasa de los pacientes coinfectados por VIH y VHC en tres periodos, analítica realizada en el mes previo a la recogida de datos, en periodo que va desde el mes previo a tres meses antes, y una última entre el tercero y sexto mes previo, con los resultados reflejados en la **Tabla 18**.

	N	Mediana	Mínimo	Máximo	P25	P75
Última	63	59,0	15,0	463,0	32,0	96,0
Tres meses	54	61,5	16,0	343,0	35,8	96,3
Seis meses	34	64,0	20,0	300,0	42,5	105,8

Tabla 18. Valores de ALT en internos con infección VIH y VHC.

Infección VIH y VHC en el medio penitenciario

Protocolos de coordinación entre servicios sanitarios penitenciarios y hospitales de referencia

Se han realizado comparaciones de los valores de ALT en la última analítica respecto a la realizada en los tres meses previos, no existiendo diferencias estadísticamente significativas.

Esos mismos valores recogidos en los pacientes que presentaban coinfección por el VIH, el VHC y el virus de la HB son:

	N	Mediana	Mínimo	Máximo	P25	P75
Última	8	52,5	23	303	28,8	103,0
Tres meses	3	40,0	29	40	29,0	40,0
Seis meses	3	69,0	16	80	16,0	28,8

Tabla 19. Valores de ALT en los pacientes VIH positivos coinfectados por VHC y con AgHBs positivo. (N=10)

Se han realizado comparaciones de los valores ALT entre la última analítica y la realizada en los tres meses previos, no existiendo diferencias estadísticamente significativas en el grupo de pacientes coinfectados por los tres virus.

Por último, si analizamos los datos en la totalidad de los pacientes infectados por el VIH nos encontramos lo reflejado en la **Tabla 20**.

	N	Mediana	Mínimo	Máximo	P25	P75
Última	175	49,0	10	463	31,0	80,0
Tres meses	133	52,0	10	343	34,0	84,0
Seis meses	91	51,0	15	300	36,0	80,0

Tabla 20. Valores de ALT en los pacientes VIH positivos

Se han realizado comparaciones de los valores entre la última analítica y la realizada en los tres meses previos, no existiendo diferencias estadísticamente significativas ($p=0,746$).

2.7.3 Biopsia hepática

De los 63 pacientes a los que se les ha realizado el estudio de la hepatopatía por VHC, a seis (9,5%) pacientes se les ha realizado la biopsia hepática y en 57 (90,5%) no ha sido realizada.

Infección VIH y VHC en el medio penitenciario

Protocolos de coordinación entre servicios sanitarios penitenciarios y hospitales de referencia

Las causas recogidas en aquellos pacientes a los que no se les ha realizado la biopsia hepática son:

	N	%
Problemas de disponibilidad	5	8,8
Negativa del paciente	10	17,5
No se considera necesaria	20	35,1
Contraindicaciones	11	19,3
Pendiente de decidir la indicación	11	19,3
ALT normal	1	1,8

Tabla 21. Razones para la ausencia de realización de biopsia. Porcentajes calculados sobre el total de pacientes a los que no se le ha realizado la biopsia hepática (N=57). Se puede especificar más de un motivo.

2.7.3.1 Biopsia realizada

Los resultados, expresados mediante el grado de actividad y el grado de fibrosis en aquellos pacientes a los que se les ha realizado la biopsia hepática son:

Grado de actividad	N	%	Grado de fibrosis	N	%
A1	1	16,7	F0	1	16,7
A2	3	50,0	F1	2	33,3
A3	2	33,3	F2	2	33,3
Total	6	100,0	F3	1	16
			Total	6	100,0

Tabla 22. Resultados biopsias hepáticas.

2.7.4 Tratamiento antiVHC

De los 63 pacientes a los que se les ha realizado el estudio de la hepatopatía por VHC, a nueve (14,3%) se les ha ofertado tratamiento y a 26 (41,3%) no se les ha ofertado y en 28 (44,4%) no se dispone de los datos.

Infección VIH y VHC en el medio penitenciario

Protocolos de coordinación entre servicios sanitarios penitenciarios y hospitales de referencia

2.7.4.1 Pacientes sin tratamiento antiVHC.

Las causas por las que no se les ha ofertado tratamiento antiVHC son las siguientes:

	N	%
Insuficiente información sobre eficacia/seguridad	1	3,8
Problemas de disponibilidad	3	11,5
No se ha considerado aún el tratamiento	14	53,8
Otras	7	26,9

Tabla 23. Causas para no ofertar tratamiento VHC.

2.7.4.2 Pacientes con tratamiento antiVHC.

De los nueve pacientes a los que se les ha ofertado tratamiento antiVHC, a tres (33,3%) se les ha realizado o iniciado dicho tratamiento, comentando uno de ellos con interferón alfa más ribavirina y dos con interferón pegilado mas ribavirina.

A aquellos pacientes que se les ha ofertado tratamiento antiVHC, y no se les ha realizado o iniciado dicho tratamiento, se describen las siguientes razones:

	N	%
Negativa del paciente	4	66,7
Se decide postponer el inicio del tratamiento	1	16,7
Otras: contraindicaciones	2	33,3

Tabla 24. Causas del no inicio de tratamiento VHC. Los pacientes pueden especificar más de un motivo.

2.8 DATOS DE LA INFECCIÓN POR VIH**2.8.1 Tiempo desde la infección por VIH**

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 8,1 ($\pm 5,0$) años.

2.8.2 Estadío

Se han aportado datos de la clasificación de la infección por el VIH según los CDC en 188 (94,5%) pacientes, encontrándonos lo reflejado en la **Tabla 25.**

Infección VIH y VHC en el medio penitenciario

Protocolos de coordinación entre servicios sanitarios penitenciarios y hospitales de referencia

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 la 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	1,1
C2	15	8,0
C3	25	13,3
TOTAL	189	100,0

Tabla 25. Distribución de la población en función de la clasificación CDC.

De estos 44 pacientes clasificados se hace constar en la recogida de datos las enfermedades definitorias de SIDA en cuarenta pacientes, y son las siguientes:

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
<i>Pneumocistys carinii</i>	3	7,1
Sarcoma Kaposi	1	2,4
Tuberculosis pulmonar	20	47,6
Tuberculosis extrapulmonar/diseminada	8	19,0
TOTAL	42	100,0

Tabla 26. Enfermedades definitorias de SIDA presentes en la población. Algunos pacientes especifican varias enfermedades definitorias

Infección VIH y VHC en el medio penitenciario

Protocolos de coordinación entre servicios sanitarios penitenciarios y hospitales de referencia

2.8.3 Analíticas VIH

Tienen realizada una carga viral de VIH (CV VIH) en el mes previo a la recogida de datos 160 (80,4%) pacientes, y de éstos 35 (21,9%) presentan CV VIH menores de 50, y 55 (31,3%) menores de 200. Si analizamos la evolución de la carga viral en la última analítica realizada respecto a otra que presente el paciente realizada durante los tres meses anteriores, y a una realizada seis meses antes, nos encontramos los siguientes datos:

	N	Mediana	Mínimo	Máximo	Perc 25	Perc 75
Última	161	1000	20	498.000	100	14.520
Tres meses	118	903	20	176.000	50	29.782
Seis meses	91	2200	20	156.000	100	43.000

Tabla 27. Evolución de la carga viral de VIH.

Si analizamos la evolución de la carga viral según su indetectabilidad en las analíticas recogidas nos encontramos:

Viremia VIH	Última analítica		1-3 meses previos		Analítica entre 3-6 meses previos	
	N	%	N	%	N	%
≤ 50 cop./ml	38	22,4	36	30,5	18	19,8
≥ 50 y ≤ 200 cop/ml	15	9,5	9	7,6	11	12,1
≥ 200 copias/ml	110	68,3	73	61,9	62	68,1
TOTAL	160	100,0	118	100,0	91	100,0

Tabla 28. Distribución de la población en función de los niveles de carga viral.

Si lo que analizamos son los valores de subpoblaciones linfocitarias CD4 podemos observar:

	N	Media	Desv. típ.
Última	163	453,3	255,0
Tres meses	119	422,9	269,7
Seis meses	91	439,6	237,2

Tabla 29. Evolución de los CD4.

Infección VIH y VHC en el medio penitenciario

Protocolos de coordinación entre servicios sanitarios penitenciarios y hospitales de referencia

Se han realizado los siguientes intervalos en las analíticas realizadas al paciente y respecto a la cifra de CD4:

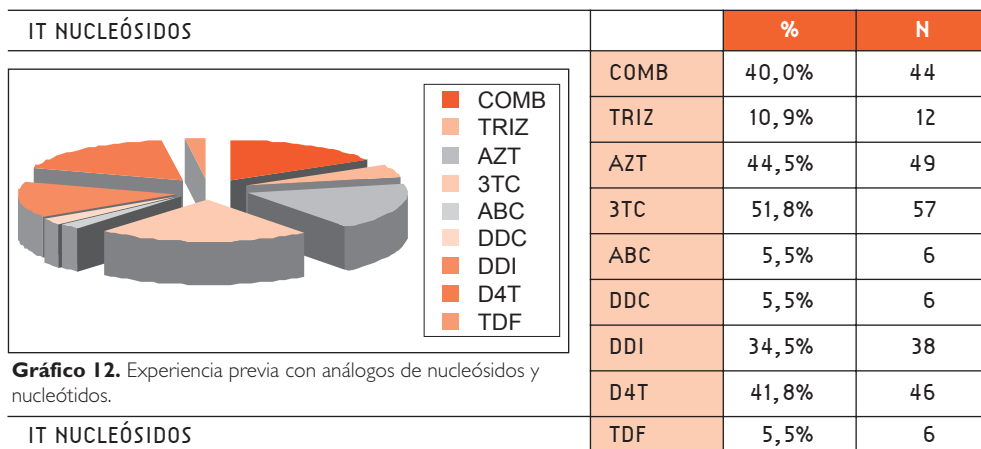
	Última analítica		1-3 meses previos		Analítica 3-6 m previos	
	N	%	N	%	N	%
Subpoblac. linfocit.						
<200 CD4	24	14,7	26	21,8	14	15,4
200-500 CD4	77	47,2	51	42,9	43	47,3
>500 CD4	62	38,7	42	35,3	34	37,4
TOTAL	160	100,0	119	100,0	91	100,0

Tabla 30. Distribución de la población en función de los niveles de CD4.

2.8.4 Tratamiento antirretroviral previo

De los 199 pacientes VIH positivos, 110 (55,3%) han recibido algún tratamiento antirretroviral (TARV).

Refieren haber tomado alguna vez análogos de los nucleósidos los 110 pacientes y nucleótidos seis de los 110 (5,4%). La distribución de porcentaje de pacientes que han tomado los distintos fármacos se refleja en el **Gráfico 12**.



Respecto a los no análogos de los nucleósidos, más del 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).

Infeción VIH y VHC en el medio penitenciario

Protocolos de coordinación entre servicios sanitarios penitenciarios y hospitales de referencia

Por último respecto a los inhibidores de la proteasa, 57 pacientes (de 110) tienen experiencia con este grupo terapéutico, y la proporción de pacientes que han usado los distintos fármacos es la reflejada en el **Gráfico 13**.

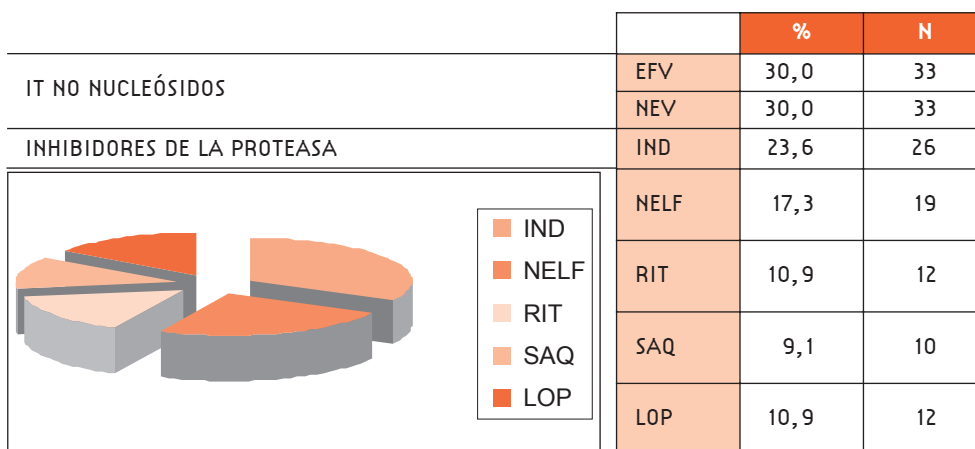


Gráfico 13. Experiencia previa con IP.

2.8.5 Tratamiento antirretroviral actual

De los 199 pacientes VIH positivos, 106 (54,8%) reciben tratamiento antirretroviral actualmente. La media de tiempo que llevan con este tratamiento es de 15,7 ($\pm 18,1$) meses.

La distribución de fármacos que componen la triple terapia en estos 106 pacientes es que todos los pacientes están tomando por lo menos un fármaco del grupo de los inhibidores de la retotranscriptasa nucleósidos. El porcentaje

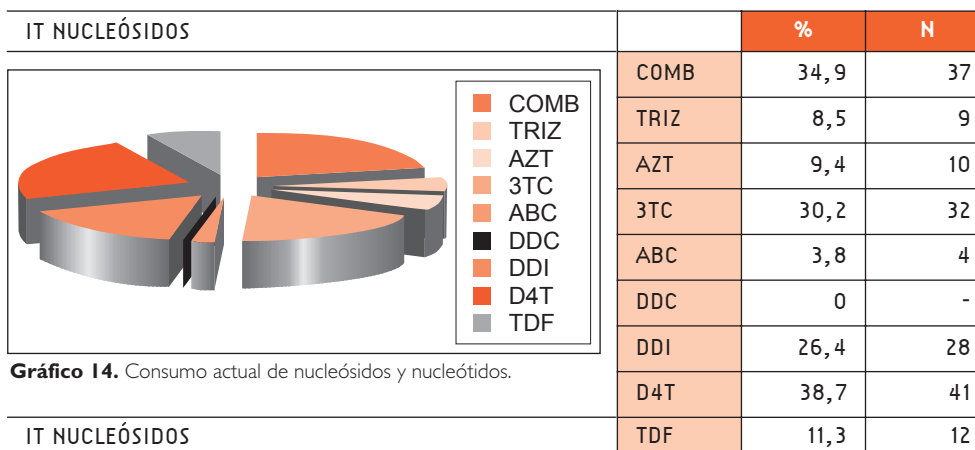


Gráfico 14. Consumo actual de nucleósidos y nucleótidos.

Infección VIH y VHC en el medio penitenciario

Protocolos de coordinación entre servicios sanitarios penitenciarios y hospitales de referencia

de los 106 pacientes en tratamiento que están tomando cada uno de los fármacos de este grupo son los reflejados en el **Gráfico 14**.

El 41,5% de los pacientes con TARV tiene un no análogo de los nucleósidos en la pauta. Dentro de esta clase de fármacos, en el 54% de los casos el fármaco es nevirapina, y el 45,5% efavirenz.

Respecto a los inhibidores de la proteasa, 46 (43,4%) pacientes están en tratamiento con fármacos de este grupo siendo la distribución la reflejada en el **Gráfico 15**.

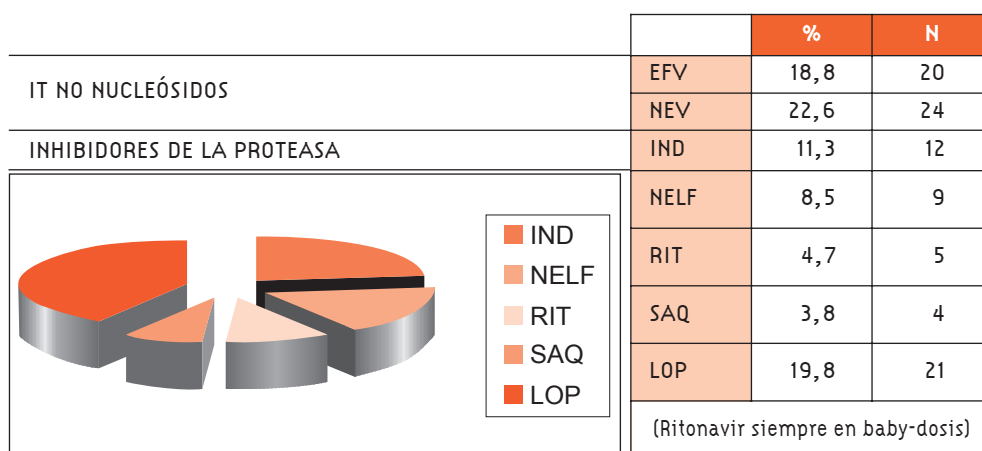


Gráfico 15. Consumo actual de IP.