

ORIGINAL

Situación actual de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana en los presos de la cárcel de Albolote (Granada)

Rodríguez Martínez A¹, Cabrerizo Gómez JA¹, Máiquez Pérez A¹, Antón Basanta JJ¹, Ruiz Rodríguez F¹, Amaya Ortega F¹.

¹ Centro de Salud (Servicio Médico) de la Prisión de Albolote de Granada.

SITUACIÓN ACTUAL DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN LOS PRESOS DE LA CÁRCEL DE ALBOLOTE (GRANADA)

Objetivo: Describir la situación en cuanto a prevalencia y factores de riesgo de la población reclusa de la prisión de Albolote con respecto a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (V.I.H.) y virus hepatotropos.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud de la prisión de Albolote.

Población: Toda la población reclusa de la prisión de Albolote presente a fecha 15 de diciembre de 2001. (1453 internos).

Intervenciones: Se obtuvieron datos referidos a la seropositividad al V.I.H., edad, sexo, vías de transmisión del V.I.H., diagnóstico de caso S.I.D.A (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), serología de virus hepatotropos de la historia clínica personal de cada paciente.

Se determinaron las frecuencias relativas de los distintos valores de las variables descritas.

Resultados: Prevalencia de seropositividad al V.I.H.: 13.489%. Prevalencia de casos S.I.D.A.: 2.477%. La vía de infección mayoritaria es la transmisión parenteral asociada al uso de drogas intravenosas (U.D.I.): 188 casos (96%). La proporción de enfermos de S.I.D.A. entre seropositivos al V.I.H. alcanza el 18.36% de forma global, correspondiendo al 18.75% en hombres y 15% en mujeres. La enfermedad indicativa de S.I.D.A. más frecuente fue la tuberculosis (80%).

Conclusiones: En la población estudiada se mantienen las tendencias con respecto a la vía de infección y causa de enfermedad indicativa de caso S.I.D.A. descritas en la epidemiología de la infección V.I.H. en las poblaciones marginales.

Palabras clave: Seropositividad VIH, infecciones VIH, estudios epidemiológicos, reclusos.

CURRENT SITUATION REGARDING HIV INFECTION AMONG PRISONERS IN A SPANISH JAIL (ALBOLOTE, GRANADA)

Goal: Evaluate the situation regarding HIV seroprevalence and risk factors among prisoners in the Albolote Jail with regard to infection by the Human Immunodeficiency Virus (H.I.V.) and hepatotropic virus.

Design: Cross sectional descriptive study.

Setting: Health Center in the Albolote Correctional Facility.

Population: The entire correctional population in the Albolote jail as of December 15, 2001 (1.453 inmates).

Interventions: Data was gathered from each patient's personal clinical history on HIV positivity, age, sex, HIV transmission routes, diagnosis of AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) cases, and serology of the hepatotropic virus. Relative frequencies for the different values of each of the described variables were calculated.

Results: Prevalence of HIV seropositivity: 13.489%. Prevalence of AIDS cases: 2.477%. The main transmission route is through blood associated with intravenous-drug use (IVDU): 188 cases (96%). The proportion of AIDS cases among those who were HIV positive reached 18.36% overall, 18.75% among men and 15% among women. The illness that most frequently served as an indicator for AIDS (80%) was tuberculosis.

Conclusions: In the population under study, tendencies regarding the route of infection and cause of illness indicative of AIDS were maintained in accordance with those described in the epidemiology of HIV infection among marginal populations.

Key words: HIV Positivity, HIV Infections, Epidemiologic Studies, Prisoners.

Correspondencia: A. Rodríguez Martínez. Carretera de Granada a Colomera. Km. 6, 18. 18220. Granada. Correo electrónico: arm3@samfyc.es.

Teléfonos: 958 537 244. Fax: 958 5377 243.

Recibido el 10-04-2002; aceptado para su publicación el 26-07-2002.

Medicina de Familia (And) 2002; 4: 251-254

Introducción

Epidemiológicamente la infección por el virus de la inmunodeficiencia adquirida afecta más a grupos de población de riesgo social que, tradicionalmente, no se benefician de los programas de salud de los servicios sanitarios a causa de sus condiciones socio-sanitarias desfavorables ¹.

Entre estas condiciones se encuentran la mendicidad, prostitución, paro, escasez de ingresos, mal ambiente familiar, toxicomanías, tráfico de drogas, trastornos del comportamiento, falta de motivación para la educación. Todas ellas conllevan o pueden conllevar un mal uso de los sistemas de salud, la trasgresión de la ley y el ingreso en prisión.

A la hora de enfrentarnos a la realidad de la infección por el V.I.H. uno de los aspectos fundamentales es la actitud del profesional sanitario hacia la homosexualidad, prostitución, promiscuidad sexual, emigración y usuarios de drogas, prácticas de riesgo habitualmente asociadas con la transmisión de este virus ².

También hay que tener en cuenta que los estudios epidemiológicos de la infección por el V.I.H. con la información exclusiva de los registros de los casos S.I.D.A. resulta incompleta, puesto que la infección por el virus tuvo lugar, según su historia natural, con bastante anterioridad, al menos varios años antes. Por ello hay que recurrir a las poblaciones centinelas ¹, una de las cuales es la población penitenciaria ya que las conductas de riesgo para la infección por el V.I.H. son más frecuentes entre estos sujetos y a su vez hay mejor accesibilidad de los recursos sanitarios a la población internada en un centro cerrado.

Estas poblaciones centinelas se están utilizando en algunas comunidades autónomas en su sistema de vigilancia epidemiológica.

Sujetos y métodos

Se diseñó un estudio descriptivo transversal para conocer la situación de la infección del V.I.H. en el centro penitenciario de Albolote de Granada y su distribución por edad, sexo y vías de transmisión.

Además, entre los infectados interesaba conocer cuántos casos de S.I.D.A. según los criterios de los C.D.C. (Center for Disease Control) de 1993 existían así como porcentajes de las enfermedades indicativas de S.I.D.A. causa del diagnóstico en dicha población y su distribución por sexos.

Para ello se incluyó en el estudio a todos los sujetos presentes en el centro el 15 de diciembre de 2001.

De cada individuo se obtuvo el valor de las distintas variables calculándose posteriormente las frecuencias relativas de las mismas.

Resultados

La población total en el momento del estudio era de 1453 internos, de los cuales 1334 eran hombres y 119 mujeres.

Eran seropositivos en distintos estadios 196 personas (13,49%). De ellos, 176 eran varones (13,19%) y 20 mujeres (16,81%). Su distribución por edad y sexo se recogen en las tablas I y II respectivamente.

TABLA I
DISTRIBUCIÓN POR EDADES

EDAD	VIH+	VIH-	TOTALES
< 20 Años	1	23	24
20 - 29	29	387	416
30 - 39	124	528	652
40 - 49	42	222	264
50 - 59	0	69	69
> = 60	0	28	28
TOTALES	196	1257	1453

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

TABLA II
DISTRIBUCION POR SEXOS

	SEXO MASCULINO	SEXO FEMENINO	TOTAL
Ac VIH (+)	176	20	196
Ac VIH (-)	1158	99	1257
TOTAL	1334	119	1453

Ac VIH: anticuerpos contra el Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

Con relación a la vía de infección, la mayoritaria es la transmisión parenteral por prácticas U.D.I. con 188 casos (95,92%). Los 8 casos restantes (4,08%) se distribuyen entre vía heterosexual con 4 casos (2,04%), transfusión de hemoderivados 1 caso (0,51%) y transmisión sexual asociada a prácticas homosexuales 3 casos (1,53%).

El tiempo transcurrido entre la primera serología positiva conocida al V.I.H. y la declaración de caso S.I.D.A. era de 6,65 años de media (79,88 meses).

Hay 36 casos de S.I.D.A., que corresponde al 2,47% de la población total. De estos casos, 33 (91,67%) eran varones y 3 (8,33%) son mujeres.

Las enfermedades indicativas de S.I.D.A. causa del diagnóstico fue en su mayoría la tuberculosis con 29 casos (80,55%), de los que 26 fueron varones y 3 mujeres. El resto de enfermedades indicativas sigue la distribución reflejada en la Tabla III.

TABLA III
DISTRIBUCIÓN DE ENFERMEDADES INDICATIVAS DE CASO SIDA

ENFERMEDAD INDICATIVA	SEXO MASCULINO	SEXO FEMENINO	TOTALES
Tuberculosis pulmonar	26	3	29
Otras micobacteriosis	3	0	3
Neumonía por P. Carinii	1	0	1
Linfoma inmunoblástico	1	0	1
Candidiasis esofágica	1	0	1
Síndrome constitucional	1	0	1
TOTALES	33	3	36

La coinfección V.I.H. con el virus C de la hepatitis (VHC) era de 186 casos (94,90%) de los seropositivos al V.I.H. y (12,80%) de la población total. En ese momento había 436 casos (30%) de seropositividad al VHC y seronegativos al V.I.H., 72 casos con AgHBs positivo y 7 casos con marcadores simultáneos de positividad al V.I.H., VHC y AgHBs. La infección por el VHC junto a su coinfección del VHC con otros virus suma en total 629 (43,28%)

Discusión

La OMS (Organización Mundial de la Salud) ha definido tres patrones de transmisión de la infección VIH³; el patrón I, al que pertenecen los países de América, Europa Occidental Australia y Oceanía, las vías de transmisión principales son las de ser UDI y relaciones entre varones homosexuales. La relación hombre/mujer es de 7-10/1. A este grupo poblacional pertenece España. Últimamente se ha descrito la evolución de España hacia el patrón II, caracterizado por la vía de transmisión heterosexual en la cual la relación hombre/mujer es de 1/1, patrón que predomina en países del África Sub-sahariana y del Caribe. En la población estudiada se mantiene, no obstante, su pertenencia al patrón I. Excepto en la relación hombre/mujer que en este estudio no es 7-10/1, a favor de los hombres, sino 4/5 a favor de las mujeres. Es lógico pensar que esta interesante diferencia sea la consecuencia de una distribución más homogénea de prácticas de riesgo entre ambos sexos en la población reclusa, respecto a la población general. Este hecho a su vez probablemente sea asimismo consecuencia del fenómeno de asociación de drogodependencias (prácticas de riesgo de transmisión de V.I.H.) con delincuencia y criminalidad (ingreso en prisión).

No hemos detectado casos del patrón III, caracterizado por transmisión por relaciones sexuales entre personas provenientes de otras áreas; que pensamos, dadas las tendencias actuales de la inmigración se producirá un incremento de este patrón.

En la detección de inmigrantes infectados por el VIH, la atención primaria tendrá un papel trascendental en poco tiempo y debe de estar preparada para responder.

En 1993 hubo un cambio significativo en la definición de caso SIDA, que incluyó desde ese año la tuberculosis pulmonar como enfermedad indicativa, lo cual hizo aumentar el número de casos.

Desde 1997, debido al conjunto de los avances de la lucha contra el SIDA, tanto en la prevención como en la asistencia, pero fundamentalmente atribuible a los nuevos tratamientos antirretrovirales, el número de casos nuevos detectados ha disminuido. En cualquier

caso, el descenso en la incidencia del SIDA es un dato positivo, que indica una mejora importante en el pronóstico y calidad de vida de las personas infectadas por el VIH⁴.

Existen dos conceptos claramente diferentes: en primer lugar, las nuevas infecciones por VIH y en segundo lugar las personas vivas infectadas por VIH. Se observa que el número de personas vivas infectadas se ha incrementado, principalmente por la mejoría de la supervivencia de las personas infectadas por el efecto de los tratamientos antirretrovirales, al utilizar combinaciones de fármacos de alta potencia (HAART) con lo que la prevalencia aumenta⁴. Lo que se ha estabilizado es la incidencia de casos SIDA.

España es el país Europeo con tasas acumuladas más altas de casos SIDA^{5,6}, con un predominio de casos en usuarios de drogas por vía parenteral. Según datos de la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria, en 1990, con casi un 50% de los reclusos usuarios de drogas, la prevalencia de VIH entre los presos se acercaba al 30%.

Desde que se puso en marcha el registro de casos SIDA, los casos notificados en Instituciones Penitenciarias son el 11% del total del registro Español, proporción que tiene una tendencia descendente en los últimos años.

La monitorización de la prevalencia de VIH y de prácticas de riesgo en diferentes colectivos (UDIs, hombres con prácticas homosexuales, pacientes de centros de ETS, presos y otros) ponen de manifiesto que la incidencia de nuevas infecciones en estos grupos de población está disminuyendo, como se constata en el presente trabajo en relación con la cifra citada de 1990.

La incorporación progresiva a los servicios de atención a drogodependientes de la filosofía de reducción de daños y la extensión de estos programas (de mantenimiento con metadona, de intercambio de jeringuillas, etc.), ha jugado un papel decisivo en este cambio.

Por otra parte, para muchas personas, la estancia en la cárcel es una oportunidad única para acceder, no sólo a tratamientos, sino también a educación sanitaria y a programas de prevención⁶.

El plan de movilización multisectorial frente al VIH-SIDA (1997-2000), aprobado en 1997, se planteó entre sus objetivos en relación con la prevención del VIH en usuarios de drogas inyectadas, además de disminuir la frecuencia de uso de esta vía y del uso compartido del material de inyección, promover la educación sanitaria y consejo sobre sexo más seguro, mediante programas de reducción de daños, incrementando la oferta y la cobertura de estos dentro y fuera de prisión⁶.

Conclusiones

En la población estudiada:

- 1.—El sexo predominante es el masculino.
- 2.—La prevalencia de seropositividad al VIH, en la fecha del estudio era del 13,49 %
- 3.—La prevalencia de casos SIDA ha sido del 2.48%.
- 4.—La enfermedad indicativa de caso SIDA más frecuente es la tuberculosis.
- 5.—La vía de transmisión de la infección VIH más frecuente es la parenteral asociada a prácticas UDIs.
- 6.—La edad predominante de los infectados por VIH es menos de 39 años.
- 7.—El tiempo medio transcurrido desde la infección a caso SIDA es de 6.65 años.
- 8.—La coinfección VIH-VHC es de muy alta prevalencia en la población seropositiva al VIH: 186 casos, (94,90%) frente a la prevalencia de infección VHC encontrada en la población total (43,28%).

Agradecimientos

Agradecemos la ayuda prestada a M.^a Jesús Rosales por su información estadística para la elaboración de este trabajo.

Señalar a la población reclusa, objeto de este trabajo y al resto de personal sanitario de este Centro.

Bibliografía

1. Gatell JM, Clotet B, Podzamczar D, Miró JM, Mallolas J, Abós N et al. Guía práctica del SIDA, clínica, diagnóstico y tratamiento (6.^a edición); Barcelona: Ed Masson; 2000.
2. Thomas Mulet V. Zulaika Aristi D. Habilidades en la atención del paciente VIH/SIDA. *Aten Primaria* 2001, 28 (sup.1): 188-190.
3. Villacampa Castro T. Epidemiología de Enfermedades infecciosas. SIDA; Oviedo. Ed Actividades Docentes y Médicas; 1999.
4. Evolución de la epidemia de VIH y SIDA en España 1981-1999. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III (<http://www.msc.es>)
5. Aguado Taberne C, García Rodríguez JN. SIDA/VIH en medicina familiar. Granada: SAMFyC; 1997.
6. Parras Vázquez, F. SIDA y prisión. Cárceles: un lugar para la prevención. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria* 2000; 1: 1-2.