

Hepatitis C y VIH en prisiones españolas

Vicente Soriano y Juan González-Lahoz

Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Carlos III. Madrid. España.

La infección por el virus de la hepatitis C (VHC) afecta al 2% de la población general de los países occidentales. Es mucho más prevalente entre los adictos a drogas por vía intravenosa (ADVI), ya sean activos actualmente o antiguos adictos. Respecto al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), en España se estima que hay unas 130.000 personas infectadas por el VIH, pero es el colectivo de ADVI el que aporta la mayor cifra de infectados (alrededor de la mitad). Dado que el VIH y el VHC se transmiten de forma muy eficiente por vía parenteral, la coinfección VIH-VHC es particularmente frecuente entre los ADVI. El VHC apenas se transmite por vía sexual, pero es más infectivo que el VIH por vía parenteral. Esto explica que la mayoría de ADVI se expongan primero al VHC y luego al VIH. Así, es más probable que los ADVI adquieran el VHC antes que el VIH. En otras palabras, es de esperar que mientras que la mayoría de ADVI con VIH tendrán VHC, bastantes ADVI con el VHC no tendrán el VIH.

Las prisiones españolas acogen una importante población de ADVI. Sáiz de la Hoya et al¹ examinan en un artículo de esta revista la proporción de presos en un centro penitenciario de Alicante que tenían serología positiva frente al VIH y al VHC, en un corte transversal realizado en el verano de 2001. Examinaron un total de 800 reclusos, de los cuales el 34% eran ADVI. El 38% de los reclusos mostraron anti-VHC y un 19% anti-VIH. La serología fue positiva frente a ambos virus en el 19% de los casos. Como era de esperar, casi todos los ADVI infectados por el VIH estaban coinfectados por el VHC, mientras que el 40% sólo tenían el VHC. Los autores subrayan que dado que alrededor del 75% de los sujetos con una serología positiva al VHC tendrán una hepatitis crónica C, que el 60% de ellos están coinfectados por el VIH y que la edad media de esta población va en aumento, es de esperar un incremento de la enfermedad hepática en estos pacientes en los próximos años. Se reproduciría así en las prisiones lo que ya se ha observado en hospitales que atienden una amplia población de drogadictos coinfectados por el VIH y el VHC. Por ejemplo, en el Hospital Carlos III de Madrid, la primera causa de muerte entre los pacientes hospitalizados con el VIH en el año 2000 fue la enfermedad hepática grave².

¿Cuáles son las implicaciones de la información proporcionada por Sáiz de la Hoya et al¹? Ciertamente la dimensión del problema no justifica una actitud expectante. Sin embargo, ¿cuáles son las alternativas? ¿Debería promoverse el tratamiento de la hepatitis C en los presidiarios coinfectados por el VIH? Si es así, ¿debería hacerse desde

el hospital o ser indicado y seguido en el centro penitenciario? A continuación se recogen algunas consideraciones a estas cuestiones.

La progresión a cirrosis en los pacientes coinfectados por el VIH y el VHC es unas tres veces más rápida y frecuente que en los monoinfectados por el VHC^{3,4}. Si se evitan fármacos potencialmente hepatotóxicos, como algunos antirretrovirales, muchos opiáceos y, sobre todo, la ingesta elevada de alcohol, la enfermedad hepática es menos agresiva en estos pacientes⁵. Recae sobre los médicos de prisiones la función de asegurar que se toman esas medidas preventivas en la prisión. Datos recientes sugieren, además, que la terapia antirretroviral de gran actividad podría disminuir el impacto deletéreo que tiene el VIH sobre la hepatitis crónica C^{6,7}. Los médicos de prisiones, asegurando la toma correcta de la medicación frente al VIH, podrían, de este modo, beneficiar de forma indirecta a los reclusos coinfectados.

Frente a estas medidas que podrían depender del equipo médico de la institución penal, las terapias específicas frente al VHC con interferón pegilado y ribavirina, dada su eficacia relativa y la complejidad de su manejo, sería preferible delegarlas en los médicos especializados en el manejo de la coinfección. Las guías de tratamiento de la hepatitis C en sujetos coinfectados por el VIH han subrayado que la eficacia del tratamiento es en gran medida dependiente del equipo que trata estos pacientes⁵. Si no se manejan bien los efectos secundarios, que son frecuentes y potencialmente graves (incluido el suicidio), si no se administran las pautas concomitantes de antirretrovirales más idóneas^{8,9}, o las dosis precisas y por el tiempo oportuno de los medicamentos frente al VHC, la tasa de curación de la hepatitis C en esta población es pobre y no va más allá de una cuarta parte de los pacientes. Por tanto, cualquier decisión de iniciar medicación anti-VHC en estos pacientes no debería ser tomada exclusivamente por el médico de prisiones. Por el contrario, debería ser tomada de forma multidisciplinaria, con la participación de al menos un especialista en enfermedades infecciosas con experiencia en el tratamiento de pacientes coinfectados. Es más, si es previsible que el recluso cambie de prisión o finalice su período de encarcelamiento en los próximos meses, es preferible demorar la decisión terapéutica de la hepatitis C en la mayoría de ocasiones.

Para una mejor atención de los reclusos coinfectados en los que sea previsible un largo período de encarcelamiento, sería conveniente la puesta en marcha de programas de formación en el manejo de la coinfección para los médicos de prisiones. Nos consta que hay iniciativas en ese sentido y deberían ser estimuladas, tanto por los responsables de la sanidad penitenciaria como por los especialistas de los hospitales de referencia.

Correspondencia: Dr. V. Soriano.
Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Carlos III.
Sinesio Delgado, 10. 28029 Madrid. España.
Correo electrónico: vsoriano@dragonet.es

Manuscrito recibido el 10-11-2004; aceptado el 15-11-2004.

Bibliografía

1. Sáiz de la Hoya P, Bedia M, Murcia J, Cebriá J, Sánchez-Payá J, Portilla J. Factores predictivos de infección por el VIH, VHC y coinfección en la población reclusa de una prisión española. *Enf Infect Microbiol Clin* 2005;23:53-7.
2. Martín-Carbonero L, Soriano V, Valencia E, García-Samaniego J, López M, González-Lahoz J. Increasing impact of chronic viral hepatitis on hospital admission and mortality among HIV-infected patients. *AIDS Res Hum Retroviruses* 2001;17:1467-71.
3. Martínez-Sierra C, Arizcorreta A, Díaz F. Progression of chronic hepatitis C to liver fibrosis and cirrhosis in patients coinfected with HCV and HIV. *Clin Infect Dis* 2003;36:491-8.
4. Martín-Carbonero L, Benhamou Y, Puoti M, Berenguer J, Mallolas J, Soriano V. Incidence and predictors of severe liver fibrosis in HIV-infected patients with chronic hepatitis C: a European collaborative study. *Clin Infect Dis* 2004;38:128-33.
5. Soriano V, Puoti M, Sulkowski M, Cargnel A, Hatzakis A, Cacoub P, et al. Care of patients with hepatitis C and HIV-coinfection. Updated recommendations from the HCV-HIV International Panel. *AIDS* 2004;18:1-12.
6. Quirishi N, Kreuzberg C, Luchters G, Effenberger W, Kupfer B, Sauerbruch T, et al. Effect of antiretroviral therapy on liver related mortality in patients with HIV and hepatitis C coinfection. *Lancet* 2003;362:1708-13.
7. Núñez M, Soriano V. How effective is HAART in HCV and HIV co-infection? *AIDS* 2004;18:2081-4.
8. Lafeuillade A, Hittinger G, Chapadaud S. Increased mitochondrial toxicity with ribavirin in HIV/HCV coinfection. *Lancet* 2001;357:280-1.
9. García-Benayas T, Blanco F, Soriano V. Weight loss in HIV-infected patients. *N Engl J Med* 2002;347:1287-8.