

Volumen:19 Número: 13
De 01/12/14 al 28/12/14

(Editado el 15/01/15)

CASOS DE SIDA Y PREVALENCIA DE VIH/VHC EN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS. 2012 (y 3)

Continuación

Prevalencia de internos con infección por VIH conocida (Cont.)

El número de personas que estaban realizando el tratamiento para la hepatitis C al hacerse los cortes transversales del año 2012 era de 278 (promedio de los dos cortes transversales), lo que supone un 2,2% de los internos VHC positivos ingresados en ese momento en los centros penitenciarios y un 0,49% del total de la población ingresada en esas fechas. La duración de los tratamientos fue entre 6 y 12 meses en función del genotipo y otras variables clínicas.

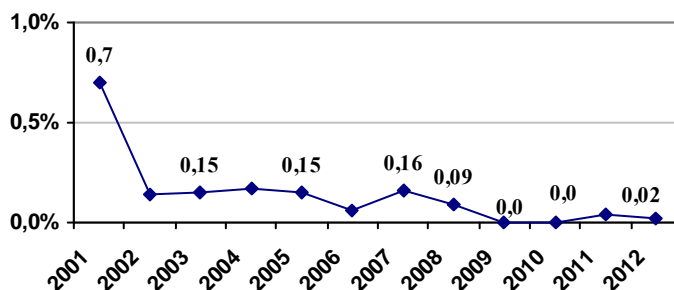
La información para analizar la coinfección VIH-VHC, se ha obtenido también a través de la realización de los cortes transversales realizados en mayo y octubre de 2012, en los centros que han recogido la información en el programa informático SANIT (73% de los centros). Se han obtenido datos de 52 centros penitenciarios. La muestra, en 2012, fue de 34.492 internos que suponen un 60,2% del total de los internos ingresados en esos centros.

La prevalencia de VIH obtenida, en esta muestra de internos, fue del 6,7% en el corte de mayo y del 6,7% en el corte de octubre, ambos superiores a la obtenida al analizar los datos obtenidos a través de las encuestas semestrales que recogen la información de todos los centros penitenciarios y que como se puede ver en el gráfico 1 es del 6,0%. Esto se debe a que el porcentaje se realiza sobre el número de internos con las pruebas realizadas y no sobre el número total de internos ingresados en prisión; esto hace que queden excluidos los internos de reciente ingreso, en los que la prevalencia del VIH es más baja, y aquellos cuya permanencia en prisión es menor de 15 días (sin tiempo de disponer de los resultados de las pruebas). En consecuencia se estima que la prevalencia del VIH se encontraba en el intervalo entre el 6,0% y el 6,7% (media de los dos cortes) en el año 2012.

La seroconversión respecto a la infección VIH se ha extraído en el corte transversal realizado en mayo. Se extrajo la información de las analíticas realizadas en el 2012, en los 52 centros que las han recogido en el programa informático SANIT. Se han seleccionado las analíticas realizadas en el 2012 a los internos que han permanecido en prisión sin interrupción desde la última analítica realizada con resultado negativo.

En los centros en los que se ha recogido alguna seroconversión para el VIH, se procedió a la depuración mediante comprobación en la historia clínica de que el interno realmente ha permanecido en el centro penitenciario, sin interrupción, desde la última serología negativa hasta esta última positiva. Tras la depuración, se confirmó un caso de seroconversión en prisión.

Gráfico 4. Evolución de la incidencia de seroconversión para el VIH (2001-2012).



Conclusiones y Recomendaciones

Los casos de sida en prisión mantienen su tendencia decreciente, >94% en el número de casos en los últimos quince años, lo que supone una disminución media anual del 6,2%. La tasa anual se ha reducido más de 23 veces en este periodo. El seguimiento por parte de los profesionales sanitarios de los programas puestos en marcha en la Institución Penitenciaria a principios de los años 90 ha sido determinante en la evolución de esta enfermedad. Otro factor definitivo en este acusado descenso fue la introducción de los TARGA en 1996 y

Índice

Pág.	
49.	Casos de SIDA y prevalencia de VIH/VHC en Instituciones Penitenciarias.2012 (y3)
50.	Incidencias epidemiológicas
51.	Tabla I. Estado de las enfermedades de declaración obligatoria en II.PP. Total Centros Penitenciarios Tabla II. Casos de E.D.O. numérica en II.PP. por Comunidades Autónomas
52.	Tabla III. Casos de E.D.O. numérica en II.PP. por Centros Penitenciarios Tabla IV. Evaluación de la declaración de E.D.O. numérica

su administración en etapas cada vez más tempranas de la infección por el VIH.

La enfermedad afectó a una mujer por cada 30 hombres mientras que en la población penitenciaria hay una mujer por cada 12,3 varones. La proporción de extranjeros diagnosticados de sida en prisión es claramente inferior a la de la población general siendo la población extranjera ingresada en prisión superior en porcentaje a la de población general. La EM sigue su tendencia ascendente y se ha incrementado en 10 años desde 1996.

Los usuarios de drogas por vía parenteral constituyen el grupo más afectado por la enfermedad e incluso han aumentado considerablemente este año en detrimento de los casos atribuidos a las relaciones heterosexuales de riesgo. Los casos atribuidos a relaciones no protegidas en los HSH, que son las causa más frecuente de transmisión en la población general, son inexistentes entre la población ingresada en prisión. Es importante mantener las estrategias de prevención de la enfermedad entre los UDI y las de promoción del sexo seguro que, aunque no incluyan de forma explícita las relaciones homosexuales por la posibilidad de rechazo, si lo hagan de forma tácita. Hay que pensar que cualquier intervención se dirige a una población en la que, en una gran parte, la estancia en prisión constituye la posibilidad de un acercamiento fácil y constante a los sistemas sanitarios que no tendrían en libertad. Por tanto, esta estancia debería aprovecharse para acercar a esta población al conocimiento y, si es posible, uso de las medidas de prevención que contribuyan a disminuir las prácticas de riesgo ya sean por vía parenteral o sexual. La implantación de los programas de reducción de daños, libres de drogas y educación para la salud en todas las prisiones y la facilidad de acceso a los preservativos todo el tiempo que dure su ingreso en prisión se puede convertir en la mejor herramienta para adoptar hábitos saludables que podrían mejorar su calidad de vida y su salud no solo en prisión sino también en su salida al exterior.

La tuberculosis, sobre todo la forma pulmonar, sigue siendo la más frecuente como enfermedad diagnóstica de sida. La elevada prevalencia de forma aislada o como coinfección avala la necesidad de mantener un estrecho seguimiento de los programas de prevención y control de ambas enfermedades y a extremar la vigilancia de la tuberculosis.

También existe una importante relación entre el sida y la infección por hepatitis C ya que en el 60% de los casos constaba la presencia de marcadores frente a esta enfermedad.

En un 15% de los casos el diagnóstico por VIH y el de caso de sida se hicieron prácticamente simultáneos lo que implica un importante retraso en el diagnóstico y por tanto, el retraso en el tratamiento en las etapas precoces de la infección que podría minimizar el riesgo de

progreso hacia la enfermedad y la capacidad de transmisión de la infección.

La notificación pasiva ha vuelto a disminuir en 2012, año en el que casi un 45% de los casos de sida diagnosticados en prisión se han detectado a través de los cruces periódicos con otros registros. Si se estima la exhaustividad del registro a través del sistema captura-recaptura, también la situación ha empeorado con relación a 2011 ya que el 11% de los casos habrían quedado sin detectar a través de ningún registro. Desde la SGCSPP se debe hacer hincapié en la importancia que tiene la notificación de las enfermedades de declaración obligatoria ya que es la vía más fiable de que disponemos para conocer la situación real de la enfermedad en los centros penitenciarios y por tanto poder estimar los recursos necesarios para su seguimiento, prevención y control.

La prevalencia conocida del VIH fue del 6,0% en el año 2012. La infección por el VIH muestra una clara tendencia descendente en los últimos años, siendo la prevalencia observada en 2012, 2 veces menor que la observada hace diez años.

En el año 2012 se observa un aumento, respecto al año anterior, en la proporción de internos con infección por VIH que reciben tratamiento, en relación con el total de seropositivos ingresados en prisión. Esta proporción fue del 75%.

La prevalencia de internos infectados por el virus de la hepatitis C fue en el año 2012 del 22,0% del total de la población ingresada en prisión. En la infección por VHC se observa una tendencia a la disminución en los últimos años, siendo ésta en el año 2012, 1,7 veces menor que la obtenida hace 10 años.

En el año 2012 la proporción de internos VHC positivos en tratamiento para la hepatitis C fue del 2,2%, lo que representa un 0,50% del total de la población ingresada en esas las fechas del corte.

Respecto a la coinfección VIH-VHC en el año 2012, el 87,2% de los internos que eran VIH positivos presentaban a su vez marcadores positivos para el VHC, y el 27,0% de los internos con marcadores positivos para el VHC estaban infectados por el VIH.

En el año 2012 se confirmó un solo caso de seroconversión de la infección VIH en prisión. La incidencia de seroconversión al VIH ha sido del 0,02% en 2012. La baja incidencia de seroconversiones al VIH es consecuencia de las estrategias de reducción de daños (programas de mantenimiento con metadona y programas de intercambio de jeringuillas), de los programas de prevención de la transmisión parenteral y sexual del VIH (reparto de preservativos y lubricante,...) y de los programas de educación para la salud, fundamentalmente los de mediación en salud entre iguales.

INCIDENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS

El Cis Victoria Kent notifica un caso de parotiditis en un varón de origen ecuatoriano de 44 años de edad y del que se desconocía su estado vacunal. Se procede al aislamiento sanitario durante el periodo de transmisibilidad (9 días desde el inicio de síntomas).

Tabla I. Enfermedades de Declaración Obligatoria de alta incidencia en Instituciones Penitenciarias. Período 01/12/14 al 28/12/14 (Semanas 49 – 52)

ENFERMEDAD (C.I.E. 9ª revisión)	AÑO ACTUAL		AÑO ANTERIOR		Mediana 5 ÚLTIMOS AÑOS		Índice Epidémico (*)	
	Casos	Acumulados	Casos	Acumulados	Casos	Acumulados	Casos	Acumulados
Hepatitis A (070.0-070.1)	0	1	0	0	0	0	0,00	0,00
Hepatitis B (070.2-070.3)	1	6	2	7	0	6	0,00	1,00
Hepatitis C (070.4-070.51)	3	22	1	11	1	24	3,00	0,92
Hepatitis Delta (070.42-070.52)	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00
Hepatitis Víricas (070.6-070.9)	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00
Gripe (487)	239	4090	322	4015	412	3631	0,52	1,12
Tuberculosis respiratoria (011-012)	4	63	2	50	2	59	2,00	1,07
Tuberculosis Otras (013.1-013.9;014-018)	0	10	1	10	1	11	0,00	0,91
Tuberculosis Meningitis (013.0)	0	0	0	1	0	1	0,00	0,00
Infección Gonocócica (098.0-098.1;098.5-098.8)	1	4	0	0	0	1	0,00	4,00
Sífilis (091)	1	30	2	55	3	55	0,33	0,55
Sarna (133.0)	3	54 (**)	4	70	3	40	1,00	1,20
Varicela (052)	0	6	0	5	1	10	0,00	0,60

(*) Se considera que la incidencia es normal cuando el valor del índice epidémico se encuentra entre 0,75 y 1,25

(**) Debido a un error en la formulación de la hoja de cálculo, las cifras de los “casos acumulados” han de ser corregidas en el siguiente sentido:

En el boletín 1 del presente año los casos acumulados son 5 en vez de 2. Por ello, hasta el boletín 8 los casos acumulados tienen 3 casos menos.

En el boletín 9 figuran 7 casos. Después de una corrección de 1 centro, la cifra es de 6 casos, con lo que los casos acumulados en esa fecha son 37.

En el boletín 10 los casos son 3 y los casos acumulados 40.

Tabla II. Enfermedades de Declaración Obligatoria de alta incidencia en Instituciones Penitenciarias por Comunidades Autónomas. Período 01/12/14 al 28/12/14 (Semanas 49 – 52)

Autonomía	Hep A	Hep B	Hep C	Hep D	Hep V	Gripe	TBC R	TBC O	TBC M	Gonococ	Sífilis	Sarna	Varicela
ANDALUCIA	-	1	-	-	-	21	1	-	-	-	1	1	-
ARAGON	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-	-	-	-
ASTURIAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BALEARES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
CANARIAS	-	-	-	-	-	70	2	-	-	-	-	-	-
CANTABRIA	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CASTILLA-LA MANCHA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CASTILLA-LEON	-	-	-	-	-	24	1	-	-	-	-	-	-
CEUTA	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
EXTREMADURA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
GALICIA	-	-	-	-	-	15	-	-	-	-	-	-	-
LA RIOJA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MADRID	-	-	-	-	-	39	-	-	-	1	-	-	-
MELILLA	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-
MURCIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
NAVARRA	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
PAIS VASCO	-	-	1	-	-	31	-	-	-	-	-	-	-
VALENCIA	-	-	1	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	0	1	3	0	0	214	4	0	0	1	1	3	0

Tabla III. Enfermedades de Declaración Obligatoria de alta incidencia por Centros Penitenciarios. Período 01/12/14 al 28/12/14 (Semanas 49 – 52)

Centro Penitenciario	Nº Sem Notificadas	Hep A	Hep B	Hep C	Hep D	Hep V	Gripe	TBC R	TBC O	TBC M	Gonoc	Sifilis	Sarna	Varicela
A LAMA	4	-	-	-	-	-	12	-	-	-	-	-	-	-
ALAVA	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ALBACETE	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ALBOLOTE	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
ALCALA GUAD.	4	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
ALCAZAR	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ALGECIRAS	4	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
ALICANTE 2	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ALICANTE C.	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ALICANTE PS.	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ALMERIA	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ARRECIFE	4	-	-	-	-	-	9	-	-	-	-	-	-	-
AVILA	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BADAJOS	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BILBAO	4	-	-	1	-	-	31	-	-	-	-	-	-	-
BURGOS	4	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-
CACERES 2	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CASTELLON	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CASTELLON 2	4	-	-	1	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-
CEUTA	4	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
CIS V. KENT	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CORDOBA	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CUENCA	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
DAROCA	4	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-	-	-	-
EL DUESO	4	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HERRERA	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HUELVA	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
IBIZA	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
JAEN	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LA MORALEJA	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LAS PALMAS	4	-	-	-	-	-	9	1	-	-	-	-	-	-
LAS PALMAS 2	4	-	-	-	-	-	52	1	-	-	-	-	-	-
LEON	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LOGROÑO	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LUGO (B)	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LUGO (M)	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MADRID 2	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MADRID 3	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
MADRID 4	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MADRID 5	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MADRID 6	4	-	-	-	-	-	16	-	-	-	-	-	-	-
MADRID 7	4	-	-	-	-	-	23	-	-	-	-	-	-	-
MADRID 1 MUJ	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MALAGA	4	-	1	-	-	-	20	-	-	-	-	-	-	-
MELILLA	4	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-
MENORCA	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MURCIA	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
MURCIA 2	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
OCAÑA 1	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
OCAÑA 2	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
OURENSE	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PALMA MALL.	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PAMPLONA	4	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
PUERTO 1	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PUERTO 2	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PUERTO 3	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
S. SEBASTIAN	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
S. CRUZ PALMA	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SEGOVIA	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SEVILLA 2	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
SEVILLA 2 (MORON)	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SEVILLA PS.	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SORIA	4	-	-	-	-	-	9	-	-	-	-	-	-	-
TEIXEIRO	4	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-
TENERIFE	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TERUEL	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOPAS	4	-	-	-	-	-	13	1	-	-	-	-	-	-
VALENCIA	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VALLADOLID	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VILLABONA	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ZARAGOZA	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL		0	1	3	0	0	214	4	0	0	1	1	3	0

Tabla IV. Cobertura por Centros Penitenciarios. Período 01/12/14 al 28/12/14 (Semanas 49 – 52)

	Semana 49	Semana 50	Semana 51	Semana 52
% Centros que declaran	100	100	100	100
% Población con cobertura	100	100	100	100