

Sumario

Diagnósticos al Alta hospitalaria de la población penitenciaria 2000-2009 en Valencia 105

Estado de las enfermedades de Declaración Obligatoria 109

Diagnósticos al Alta hospitalaria de la población penitenciaria 2000-2009 en Valencia

Salazar, A¹, Abad Perez, I², Navarro García, D², Carbonell, E³, Roig Sena, FJ⁴

¹ Secció d'Epidemiologia. CSP-València.

² Unitat de Documentació Clínica i Admissió. Consorci Hospital General Universitari-Universitat de València.

³ Servei de Medicina Prev. y SP. Hospital Arnau de Vilanova.

Resumen

El abordaje más frecuente de la salud de la población penitenciaria, en nuestro país, procede de fuentes gubernamentales, de estudios relacionados con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y trabajos sobre Tuberculosis.

El objetivo de nuestro trabajo ha sido cuantificar la demanda hospitalaria de origen penitenciario en la provincia de Valencia y caracterizar los principales diagnósticos como una medida de prevalencia y las patologías transmisibles y su evolución durante el periodo 2000-09.

A partir del registro de altas del Consorcio Hospital General Universitario que atiende por convenio la demanda hospitalaria de los centros penitenciarios de la provincia, se realizó un estudio transversal de las frecuencias de distribución de los diagnósticos y su distribución de acuerdo a las características personales.

Se recuperaron 2.415 altas que tras la eliminación de inconsistencias aportaron 2.332 episodios de hospitalización. La edad media de los sujetos evolucionó desde 32,8 a 39,1 años. Los diagnósticos principales y secundarios agrupados más frecuentes fueron: 1º. VIH (34,05%), 2º. Hepatitis C (14,67%), 3º. Dependencia Drogas (10,25%), 4º. Neumonías (8,58%), 5º. TBC (7,46%).

A lo largo de la década se ha producido un cambio en el patrón infeccioso de la población penitenciaria que podemos considerar relacionado con: el envejecimiento relativo de la población reclusa, la sustitución de la vía intravenosa por otras vías no invasivas, el cambio relativo del origen nacional de los reclusos y los avances terapéuticos en el tratamiento de la infección por VIH.

Antecedentes y objetivo

La población penitenciaria adscrita a una red asistencial específica, y con dependencia distinta de las autoridades sanitarias, ha sido poco analizada desde las unidades de epidemiología, siendo escasos los trabajos que caractericen esta población en la actualidad.

El abordaje más frecuente de la salud de la población penitenciaria, en nuestro país, procede de fuentes gubernamentales^{1,2}, de estudios relacionados con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)^{3,4} y trabajos sobre Tuberculosis (TB)⁵.

En general, la Tuberculosis, la infección por virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y las Hepatitis B y C han sido objeto de cuantificación y relación con las variables de origen social, nacional y su relación con el consumo de drogas, no sólo en España, sino en múltiples países^{6,7,8}.

Sin embargo, a lo largo del tiempo se pueden producir variaciones en la estructura de edades de la población institucionalizada y cambios en los patrones sociales que condicionen los efectos de las infecciones o la cronicidad de las mismas. Ello daría lugar a un patrón de prevalencia cambiante que consideramos debe ser verificado. Al mismo tiempo, la población penitenciaria y los estudios sobre ella adolecen, en nuestra opinión, de un exceso de focalización en las patologías derivadas del consumo de drogas inyectables.

El objetivo de nuestro trabajo ha sido cuantificar la demanda hospitalaria de origen penitenciario y caracterizar los principales diagnósticos como una medida de prevalencia, referidos no sólo al diagnóstico principal sino también a las patologías acompañantes.

Por otro lado, desde la perspectiva de la Vigilancia de Salud Pública este objetivo se centra en las patologías transmisibles y su evolución durante el periodo.

Material y método

A partir del registro de altas del Consorcio Hospital General Universitario, que atiende por convenio la demanda hospitalaria de los centros penitenciarios de nuestra provincia, se realizó un estudio transversal para el periodo 2000-09 de los motivos de alta en población penitenciaria. Se analizan las características de los sujetos y sus diagnósticos al alta, así como los cambios de patrón prevalente en la década y el peso de la demanda. Los diagnósticos (CIE9), diagnóstico principal y dos secundarios, se categorizan al objeto de reducir la dispersión.

Dado que describimos la prevalencia del periodo, las variables de distribución son las características etáreas de los sujetos: edad y géne-

Tabla 1

Evolución de la edad media y media geométrica por sexo. Altas hospitalarias de población penitenciaria 2000-09

AÑO	MUJERES				VARONES			
	EDAD MEDIA	N	DESV. TÍP.	M. GEOM.	EDAD MEDIA	N	DESV. TÍP.	M. GEOM.
2000	32,25	20	9,54	31,27	32,88	198	9,00	31,80
2001	31,00	27	5,82	30,50	34,08	228	9,99	32,81
2002	33,59	17	7,09	32,90	33,94	271	9,61	32,73
2003	34,04	28	12,50	32,40	37,01	292	11,01	35,53
2004	33,48	23	9,36	32,28	34,74	267	9,04	33,67
2005	37,21	29	10,01	36,06	36,42	234	10,66	34,94
2006	38,83	35	11,34	37,33	36,88	197	10,04	35,62
2007	39,78	18	10,37	38,43	37,15	121	9,24	36,04
2008	34,68	19	5,50	34,27	37,83	124	9,63	36,72
2009	36,19	27	12,27	34,51	39,59	157	10,59	38,26
Total	35,25	243	10,13	34,00	35,78	2.089	10,11	34,48

Coef. linealidad: 0.357

Coef. linealidad: 0.046; Rpearson: 0.165

ro. Por tanto, se muestran las frecuencias de distribución de los diagnósticos y su distribución de acuerdo a las características personales.

Con el fin de facilitar la comparación de los resultados con los antecedentes publicados en la literatura médica, establecimos el criterio de "Complejo Infeccioso Prevalente", que fue definido como la coincidencia diagnóstica en el mismo proceso de hospitalización de uno o más de los siguientes diagnósticos: Infección por VIH, Infección por Hepatitis C y Enfermedad Tuberculosa activa.

Los datos procesados mediante Accés fueron tratados con SPSS+ v17. Se estimó mediante un modelo de ajuste proporcional la Razón Observados/Esperados por género para los diagnósticos que agruparon 10 o más altas. Por último, se contrastó la evolución de la edad media en el periodo mediante el coeficiente de linealidad.

Resultados

Se recuperaron 2.415 altas que tras la eliminación de inconsistencias aportaron 2.332 episodios de hospitalización.

Fueron varones el 89,6% sin diferencias de edad por género (Tabla 1). La media de edad de los sujetos evolucionó desde 32,8 a 39,1 años en el periodo (F: 8,98; $p < 0.001$) (Figura 1). No obstante, esta evolución se observa diferente en hombres y mujeres. Así, la edad media de los varones presenta una evolución lineal creciente, tanto en la media aritmética como en la geométrica, cuyos valores evolucionan desde los 32 años a los 39. En las mujeres penitenciarias las variaciones de la edad no presentan un coeficiente de linealidad significativo (entre 32 y 36 años para el período estudiado).

El diagnóstico principal al alta (Tabla 2) más frecuente fue la infección y/o la evolución por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) con un 27,27% de las altas, seguido por la infección por virus de la Hepatitis C (HVC) con un 7,72% y la ingestión de cuerpos extraños con un 5,15%.

Los diagnósticos principales y secundarios agrupados (Tabla 2) más frecuentes fueron: 1º VIH (34,05%), 2º Hepatitis C (14,67%), 3º Dependencia Drogas (10,25%), 4º Neumonías (8,58%), 5º TBC (7,46%).

Este predominio de patrón infeccioso es común a ambos sexos (Tabla 3) sin que existan diferencias significativas entre hombres y mujeres ni en la infección por VIH ni en la Hepatitis C, aunque esta última es ligeramente superior en mujeres (Razón proporcional: 110,41 en mujeres frente a 98,70% en varones). Es igualmente coinci-

dente por género la razón proporcional de la dependencia a drogas, lo que podría indicar la relación entre la patología infecciosa observada y la vía de transmisión.

La prevalencia por VIH y HVC se reducen a lo largo de la década (Figuras 2 y 3), no sucede así con la TBC que reinicia un ascenso durante los años 2008 y 2009 tras un fuerte descenso desde el año 2000 (Figura 4).

La prevalencia de VIH no presenta diferencia por sexo (Mujeres: 33,3%; Varones: 34,13%), el VHC resultó más prevalente en mujeres (17,28% frente a 14,36%) al igual que los trastornos psiquiátricos (9,8% frente a 6,27). Las fracturas y heridas presentan una razón superior a 3 en varones.

Observamos que en el complejo prevalente infeccioso (Tabla 4) a lo largo del periodo 2000-09 predominó, con diferencia, la Infección por virus de la inmunodeficiencia humana adquirida que llega a estar presente como diagnóstico en el 34% de las altas. Como diagnóstico principal representó el 24,36% de las altas. La Hepatitis C y la Tuberculosis como diagnóstico principal o secundario representaron el 14,67% y el 6,56%, respectivamente.

Figura 1

Evolución temporal de la edad media. Altas de reclusos penitenciarios

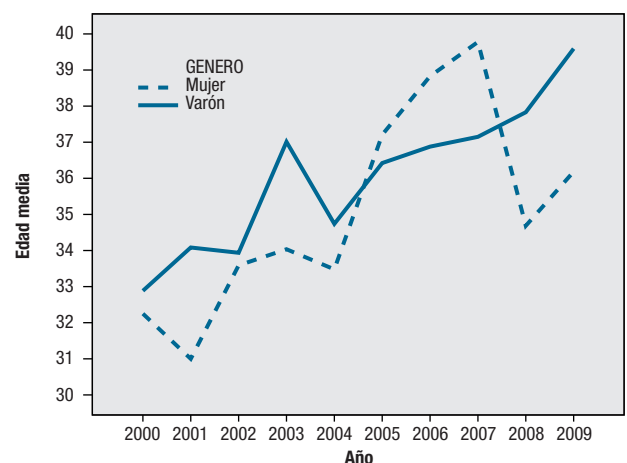


Tabla 2

Diagnósticos al alta agrupados. Población penitenciaria atendida 2000-2009

	DIAG. PRINCIPAL		SEGUNDO DIAG.		TERCER DIAG.		CASOS	% CASOS/ALTAS
	ALTAS	%	ALTAS	%	ALTAS	%		
VIH	636	27,3	110	4,7	48	2,1	794	34,05
HEPATITIS C	180	7,7	76	3,3	86	3,7	342	14,67
DEPENDENCIA DE DROGAS	11	0,5	72	3,1	156	6,7	239	10,25
NEUMONIAS	27	1,2	143	6,1	30	1,3	200	8,58
TBC	25	1,1	98	4,2	51	2,2	174	7,46
TRANSTORNOS PSIQUIATRICOS	73	3,1	44	1,9	32	1,4	149	6,39
NEOS MALIGNAS	91	3,9	33	1,4	16	0,7	140	6,00
FRACTURAS/CONTUSIONES	58	2,5	60	2,6	17	0,7	135	5,79
CUERPO EXTRAÑO	120	5,1	7	0,3	3	0,1	130	5,57
HERIDAS ABIERTAS	64	2,7	23	1,0	10	0,4	97	4,16
HEP.CRON./CIRROSIS	42	1,8	36	1,5	19	0,8	97	4,16
ENVENENAMIENTOS	45	1,9	19	0,8	11	0,5	75	3,22
HERNIA INGUINAL/OTRAS	52	2,2	4	0,2			56	2,40
Total	1.424	61,1	725	31,1	479	20,5		
Otros diagnósticos	908	38,9	1.607	68,9	1.853	79,5		
	2.332	100,0	2.332	100,0	2.332	100,0		

Tabla 3

Diagnostico Principal y Secundarios por sexos.
Razón proporcional de Observados y Esperados

	MUJER	VARON	TOTAL	RAZON O/E (%)	
				MUJERES	VARONES
VIH	81	713	794	91,72	101,04
HEPATITIS C	42	300	342	110,41	98,70
FRACTURAS/CONTUSIONES	5	130	135	33,30	108,35
CUERPO EXTRAÑO	5	125	130	34,58	108,19
ENVENENAMIENTOS	14	61	75	167,82	91,51
TBC	17	157	174	87,84	101,52
HERIDAS ABIERTAS	3	94	97	27,81	109,04
HEP.CRON./CIRROSIS	15	82	97	139,03	95,12
TRANSTORNOS PSIQUIATRICOS	18	131	149	108,61	98,92
NEOS MALIGNAS	14	126	140	89,90	101,26
HERNIA INGUINAL/OTRAS	4	52	56	64,22	104,48
NEUMONIAS	14	186	200	62,93	104,64
DEPENDENCIA DE DROGAS	26	213	239	97,80	100,28

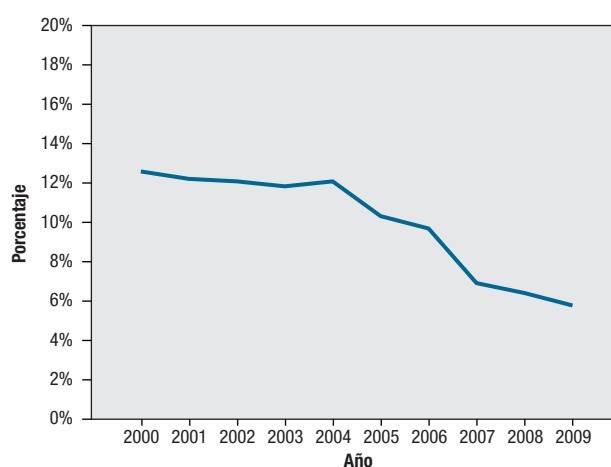
Entre los diagnósticos no transmisibles destacan (Tabla 3) las autolesiones que en las mujeres reclusas se manifiestan en la elevada razón proporcional de "Envenenamientos", mientras que en los varones reclusos se concentran en la ingestión de "Cuerpos extraños".

Los trastornos psiquiátricos no son valorados dada la proximidad de un Hospital Psiquiátrico Penitenciario en la Comunidad Valenciana.

Discusión

Las observaciones a partir de registros de altas hospitalarias adolecen, pese a la exhaustividad y la precisión geográfica y/o temporal, de los problemas inherentes a los estudios de Prevalencia: la coinci-

Figura 2

Evolución anual de los diagnósticos por VIH.
Altas de pacientes penitenciarios 2000-2009

dencia temporal de la exposición y la patología. Por tanto, nuestra observación se ha limitado a describir las características básicas de la población y la evolución temporal de los diagnósticos.

Las limitaciones derivadas de la ausencia de denominadores hemos intentado soslayarlas utilizando un periodo prolongado de tiempo y la precisión del diagnóstico hospitalario. A pesar de ello, esperamos en el futuro poder obtener los denominadores estables al objeto de determinar el impacto poblacional de la patología descrita.

Varios elementos consideramos remarcables en esta aproximación a la población penitenciaria: el progresivo incremento de la edad media, la elevada frecuencia del VIH y su constelación de patologías que representan el mayor factor de demanda todavía en la población reclusa y el crecimiento de la TBC en los dos últimos años estudiados.

La edad media observada no difiere de otros trabajos realizados en España⁹ aunque no hemos podido aportar coincidencias respecto de la evolución de la edad media de la población reclusa. Resulta no

Figura 3

Evolución anual de los diagnósticos por Hepatitis C. Altas de pacientes penitenciarios 2000-2009

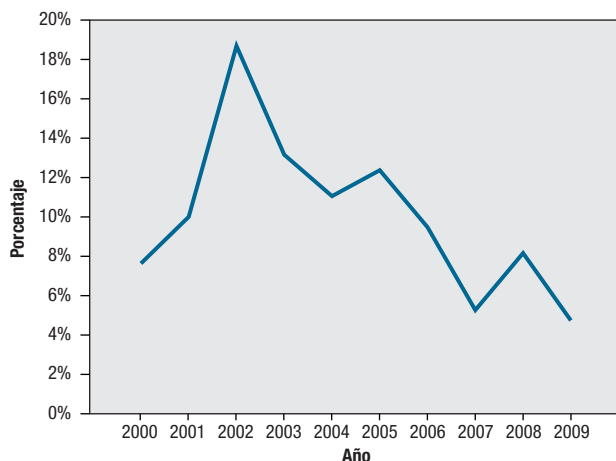


Figura 4

Evolución anual de los diagnósticos por Tuberculosis. Altas de pacientes penitenciarios 2000-2009

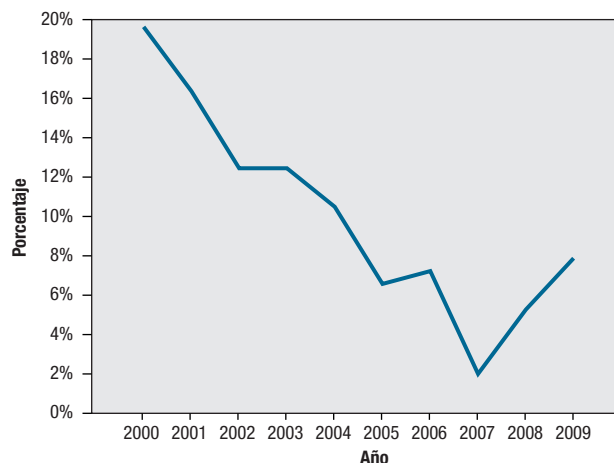


Tabla 4

Complejo infeccioso prevalente. Altas de pacientes penitenciarios 2000-2009

COMPLEJO INFECCIOSO PREVALENTE	ALTAS	%
VIH	568	24,36
HEPATITIS C	229	9,82
VIH + TBC	115	4,93
VIH + VHC	104	4,46
TBC	29	1,24
VIH + HVC + TBC	7	0,30
VHC + TBC	2	0,09
OTROS PROCESOS	1.278	54,80
TOTAL	2.332	100,00

obstante indicativo que en la década de los noventa la población reclusa era más joven que al inicio del periodo estudiado¹⁰.

La elevada frecuencia de diagnósticos VIH observados se corresponde con las estimaciones de incidencia y seroprevalencia en otros centros penitenciarios^{4, 5, 9, 10}. Sin embargo, las estimaciones probabilísticas¹ son considerablemente más elevadas que nuestra observación pese a tratarse de población reclusa hospitalizada.

De igual modo nuestra observación respecto de la Hepatitis C coincide con los autores citados y con la observación más reciente de Giuseppe La Torre⁶ en Italia en 2007.

La prevalencia de TBC no difiere de lo observado^{5, 9} en el periodo. No obstante el crecimiento observado en los dos últimos años no parece plausible que pueda ser explicado por la coinfección VIH dado el descenso de los diagnósticos de VIH observados.

En general, la evolución de la edad y la eficacia de los tratamientos médicos parecen modificar este patrón, lo que podría explicar su descenso proporcional. Resulta, por último, remarcable la ausencia de diferencias en las prevalencias observadas por razón de género. Esta primera aproximación a los datos será continuada mediante un análisis más preciso y complementado con otras fuentes.

Con independencia de futuras aproximaciones de base poblacional al colectivo de reclusos parece claro que a lo largo de la década se ha producido un cambio en el patrón infeccioso de la población penitenciaria que, a modo de hipótesis, podemos considerar relacionado

con: el envejecimiento relativo de la población reclusa, la sustitución de la vía intravenosa por otras vías no invasivas, el cambio relativo del origen nacional de los reclusos y los avances terapéuticos en el tratamiento de la infección por VIH^{2, 3, 6, 11}.

Bibliografía

- Acin E, Gomez P, Hernando P, Corella I. Incidencia de casos de sida en instituciones penitenciarias españolas mediante el método de captura-recaptura, 2000. Euro Surveill. 2003; 8(9): pii=426. <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=426>.
- Gabinete técnico de la dirección general de instituciones penitenciarias. Ministerio del Interior. Datos estadísticos de la población reclusa. Abril de 2006. www.mir.es/instpeni/archivos/mensual.pdf.
- Soto JM, Ruiz I, March JC. Adherence to antiretroviral therapy among HIV prison inmates (Spain). Int J STD AIDS. 2005; 16: 133-8.
- Sordo del Castillo L., et al. Factores relacionados con rehusar el tratamiento antirretroviral en prisión. Gac Sanit. 2008; 22: 120-7.
- Martin, V. et al. Incidence of tuberculosis and the importance of treatment of latent tuberculosis infection in a Spanish prison population. INT J TUBERC LUNG DIS 2001. 5(10): 926-932.
- La Torre, G. et al. BMC Socio-demographic determinants of coinfections by HIV, hepatitis B and hepatitis C viruses in central Italian prisoners Infectious Diseases 2007, 7: 100.
- Macalino GE, Vlahov D, Sanford-Colby S, Patel S, Sabin K, Salas C, et al.: Prevalence and incidence of HIV, hepatitis B virus, and hepatitis C virus infections among males in Rhode Island prisons. Am J Public Health 2004, 94: 1.218-23.
- Altice FL, Mostashari F, Selwyn PA, Checko PJ, Singh R, Tanguay S, et al.: Predictors of HIV infection among newly sentenced male prisoners. JAIDS 1998, 18: 444-53.
- Fernandez de la Hoz K. et al. The influence of HIV infection and imprisonment on dissemination of *Mycobacterium tuberculosis* in a large Spanish city. INT J TUBERC LUNG DIS 2001. 5(8): 696-702.
- Martín V, Caylà J, Morís M, Alonso L, Pérez R. Evolución de la prevalencia de infección por virus de la inmunodeficiencia humana en población reclusa al ingreso en prisión durante el período 1991-1995. Rev. Esp. Salud Pública 1997. 71. 269-280.
- Harris F, Hek G, Condon L. Health needs of prisoners in England and Wales: the implications for prison healthcare of gender, age and ethnicity. Health and Social Care in the Community. 2006. 15(1), 56-66.