

Tratamiento antirretroviral e Instituciones Penitenciarias

Vicente Martín

Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Departamento de Fisiología. Universidad de León

En la actualidad se cuenta con un importante arsenal terapéutico en la lucha contra la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Diversas combinaciones de fármacos antirretrovirales consiguen controlar e incluso suprimir la replicación viral, lo que retrasa la progresión clínica de la infección, incrementa significativamente la supervivencia, mejora la calidad de vida del paciente y dificulta la aparición de cepas virales resistentes¹. Esta terapia antirretroviral de alta eficacia (TAAE) encuentra también una adecuada efectividad. Los ingresos hospitalarios, las tasas de letalidad, la aparición de cuadros ligados a inmunosupresión severa, incluso el número de casos de SIDA, han disminuido en los países a cuyo alcance están estos costosos tratamientos².

Sin embargo, esta alta eficacia y hasta la fecha buena efectividad puede ser una cuestión de tiempo. Un inadecuado cumplimiento de la terapia prescrita puede dar lugar a un fenómeno de mejoría por reducción de la replicación viral y un empeoramiento posterior tras la selección de los mutantes naturales resistentes a los fármacos antirretrovirales (resistencia secundaria) ("*fall and rise*"); estas cepas resistentes pueden ser transmitidas a la población (resistencia primaria) y tener importantes repercusiones para la salud pública.

Es bueno recordar como a finales de los años 50, cuando ya se contaba con asociaciones de fármacos de alta eficacia frente a la tuberculosis, los expertos de Estados Unidos (EE.UU.) proclamaron la erradicación de esta enfermedad en la década siguiente (*approach zero*)³. Lo prolongado de los tratamientos, el poco poder esterilizante de los mismos y sus múltiples efectos secundarios retrasaron *sine die* el anunciado evento. Incluso, tras contar con asociaciones más esterilizantes, pautas más cortas y mejor toleradas, en la década de los ochenta, se asistió en EE.UU. a un rebrote de la enfermedad tuberculosa y al incremento en la aparición de cepas multirresistentes⁴. Los centros penitenciarios contribuyeron en

gran medida a este rebrote de la "peste blanca"⁵. En el caso de la infección por VIH nos podemos encontrar en los inicios de un nuevo y grave problema. Dada la alta prevalencia de infección VIH en la población reclusa⁶ un porcentaje alrededor del 7 % se encuentra recibiendo terapia antirretroviral⁷. Las graves repercusiones individuales y colectivas debidas al mal cumplimiento de estas terapias supone que las II.PP. pueden jugar un importante papel para mitigarlas o agravarlas.

El principal objetivo debe ser mejorar el cumplimiento de la terapia antirretroviral de manera que se minimice la posibilidad de selección de cepas resistentes y a la vez proveer los mejores cuidados y calidad de vida a los pacientes. Conocer las causas del mal cumplimiento y los mecanismos al alcance para mejorarlos es el primer paso para alcanzar ese objetivo. Las causas del mal cumplimiento pueden resumirse en razones ligadas al paciente y/o su entorno y/o condicionantes; al tratamiento y al sistema sanitario. En el caso de las II.PP. las causas ya conocidas pueden tener ciertas peculiaridades.

Tal vez la principal característica sea que la gran mayoría de los pacientes infectados por VIH presos son usuarios de drogas intravenosas. Este hecho no siempre es tenido en cuenta, las más de las veces por consideraciones de índole "moral". El abordaje de este problema desde el mayor número de perspectivas posibles, y sobre todo los programas de reducción del daño, va a facilitar el cumplimiento de las terapias antirretrovirales.

La situación de privación de libertad y la incertidumbre a ella asociada (juicios, permisos, clasificaciones, etc.); en la mayoría de los casos desplaza como preocupación a la enfermedad y entorpece el seguimiento de los tratamientos. Los continuos traslados entre centros, y los múltiples médicos y servicios que intervienen dificultan el correcto seguimiento del paciente.

Correspondencia:

Vicente Martín

Área de Medicina

Preventiva y

Salud Pública.

Dpto. de Fisiología.

Universidad de León.

Campus de Vegazana s/n

24071 León

E-mail: dfivms@unileon.es

La escasa formación y conocimientos de la mayoría de los pacientes infectados por VIH ingresados en las prisiones supone mayores dificultades a la hora de explicar la necesidad de tratamientos complicados que no ayudan mucho a la hora de facilitar la adherencia; estamos hablando de tratamientos largos (en principio de por vida), no exentos de efectos secundarios, con múltiples y variadas tomas, con muchas "pastillas", etc.

Todos estos aspectos pueden ser de alguna manera contrarrestados por una buena organización del sistema sanitario penitenciario, una buena coordinación e incluso el trabajo en equipo y protocolizado con el servicio hospitalario correspondiente y una buena relación médico-paciente. La utilización de las formas más sencillas y mejor toleradas de combinaciones y asociaciones de antirretrovirales; las consultas programadas y no a demanda, el anticipar los posibles efectos secundarios, informar y ayudar al paciente a tomar una "decisión colegiada"; la entrada de organizaciones de afectados y grupos de autoayuda; etc.

Volviendo al símil de la tuberculosis, la sociedad puede elegir el nivel de "fracaso o éxito" que esta dispuesta a asumir a través de la asignación o no de los recursos suficientes que permitan la puesta en marcha de intervenciones efectivas⁸. No nos encontramos ante una cuestión personal del paciente, dadas las repercusiones en materia de salud pública, el buen o mal cumplimiento de éstas terapias adquiere una dimensión social; el recurso a "culpabilizar a la víctima" puede ocultar en alguna medida el fracaso de una sociedad que no quiere o no puede aportar soluciones a un problema común. Tal vez, como en la tuberculosis, una parte de la solución venga por políticas de prevención y control agresivas (terapias directamente observadas, participación ciudadana, gru-

pos de afectados, etc.) que hagan "retirarse a la marea"⁹.

Bibliografía

1. Centers for Disease Control and Prevention. Report of the NIH Panel to define principles of therapy of HIV Infection. *MMWR* 1998;47:RR5:1-38.
2. Palella FJ, Delaney KM, Moorman AC, et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med* 1998;338:853-60.
3. US Public Health Service. Approach to Zero tuberculosis. *Public Health Report* 1960;75:103-6.
4. Brudney K, Dobkin J. Resurgent tuberculosis in New York City. Human immunodeficiency virus, homelessness, and the decline of tuberculosis control programs. *Am Rev Respir Dis* 1991;144(4):745-49.
5. U.S. Department of Health and Human Services. *Core Curriculum on Tuberculosis: What the Clinician should know*. U.S. Government printing Office, 1996.
6. Martín V, Bayas JM, Laliga A, Pumarola T, Vidal J, Jimnez de Anta MT, Salleras L. Seroepidemiology of HIV-1 infection in a Catalonian penitentiary. *AIDS* 1990;4:1023-6.
7. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. *Prevalencia de personas en tratamiento antirretroviral en II.PP. 30 de Junio de 1998*. Ministerio del Interior, Agosto 1998.
8. Reichman LB. Defending the public's health against tuberculosis. *JAMA* 1997;278:865-7.
9. Frieden TR, Fujiwara PI, Washko RM, Hamburg MA. Tuberculosis in New York City-Turning the tide. *N Engl J Med* 1995;333:229-33.