

# Telemedicina y consultas especializadas en las prisiones. El ejemplo de la hepatitis crónica por VHC

Fernández Rodríguez C<sup>1</sup>, Jiménez Galán G<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España.

<sup>2</sup>Servicio Médico del Centro Penitenciario. Madrid IV. Navacarnero. Madrid. España.

La atención médica especializada a la población penitenciaria presenta algunos problemas específicos, como puso de manifiesto el informe de calidad de la sanidad en prisiones (CAPRI, 2002). Entre ellos, retrasos excesivos en las consultas especializadas, comunicación deficiente entre los especialistas de los hospitales de referencia y los médicos de las prisiones, además de las incomparecencias a las citas programadas y las dificultades logísticas, de seguridad y de privacidad, para los internos en el traslado al hospital<sup>1</sup>.

La telemedicina ofrece una oportunidad única para eliminar la dificultad de la prescripción de uso hospitalario y las barreras geográficas, mejorar el acceso equitativo a la atención médica especializada, garantizar la continuidad de la atención entre ámbitos asistenciales, mejorar problemas organizativos, como los horarios de citas, evitar la necesidad de medidas de seguridad inherentes a los traslados y asegurar la privacidad de los internos. Además, esta tecnología mejora la comunicación y los vínculos entre los ámbitos hospitalarios (atención especializada) y penitenciarios (atención primaria), facilita la formación continuada y ha demostrado que su utilización en áreas geográficas alejadas del especialista es una opción coste-efectiva<sup>2</sup>.

Uno de los problemas de salud más prevalentes en las prisiones es la hepatitis crónica por el virus de la hepatitis C (VHC)<sup>3-5</sup>, aunque su prevalencia se ha reducido mucho en los últimos años. Aun así, la población penitenciaria es todavía un importante reservorio de esta infección y una población clave para conseguir su eliminación<sup>6</sup>. De hecho, el plan estratégico del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social para el control de la hepatitis C considera prioritaria la intervención en los centros penitenciarios<sup>7</sup>.

Recientemente se ha propuesto la estrategia de microeliminación como un enfoque pragmático para permitir el tratamiento y la prevención de infecciones y reinfecciones de una manera más rápida y eficiente<sup>8</sup>.

Serían poblaciones estratégicas de microeliminación la población penitenciaria, las personas que se inyectan drogas (PID), la población inmigrante proveniente de áreas con alta prevalencia de VHC (por convención igual o superior al 3%) y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), estos últimos con mayor prevalencia si tienen antecedentes penitenciarios<sup>9</sup>.

La aparición y aprobación de los tratamientos antivirales de acción directa (AAD) modernos cumple los criterios de tecnología disruptiva formulados por el profesor Christensen<sup>10</sup>, y ha demostrado que son coste-efectivos en nuestro país<sup>11</sup>. Este escenario abre la oportunidad de eliminar el VHC de las prisiones y puede facilitar conseguir los objetivos de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en cuanto a esta infección para el 2030<sup>12</sup>.

En nuestra área geográfica, hemos utilizado la telemedicina para el tratamiento de la hepatitis C en población reclusa. Hay otras experiencias en la misma línea. Se ha descrito, por ejemplo, un programa de teleconsulta para el seguimiento de 66 pacientes ya tratados con AAD en la prisión de El Dueso, en el norte de España<sup>13</sup>, con muy buenos resultados, igual que otras experiencias en donde se logró la misma integración y la vinculación con la atención especializada de la población reclusa o se usó como una herramienta para completar el seguimiento<sup>13-15</sup>.

Es evidente que, para conocer el valor intrínseco de la telemedicina y su aportación a la eliminación de la hepatitis C, se debería haber realizado una asignación aleatoria de telemedicina frente a la práctica habitual y haber comparado los resultados en los diferentes centros penitenciarios (estudio aleatorizado abierto). Esto no solamente no es posible, sino que, a estas alturas, ya no se va a realizar. Sin embargo, sí podemos ofrecer los datos de eliminación en un centro penitenciario (Madrid IV), que ha utilizado la telemedicina y que, hasta lo que se conoce, ha anticipado la eliminación

del VHC frente a todos o la inmensa mayoría de los centros penitenciarios similares de España. Se podría concluir que coinciden en el uso de esta herramienta y su eliminación, y aun aceptando que posiblemente esto no implica una relación “causa-efecto”, no podemos ofrecer otro argumento más persuasivo acerca de su beneficio en términos de efectividad. A fecha de 30 de diciembre, según la comunicación verbal de la Subdirección General de Instituciones Penitenciarias, la prevalencia de viremia por VHC era del 1,8% en las prisiones de la Comunidad de Madrid y del 3%, en el resto de España, lo que representa a 142 y a 1.800 pacientes, respectivamente. La prevalencia en Madrid IV era cero en esa fecha, pese a la tasa relativamente alta de entradas y salidas de reclusos y exreclusos, que hace que estas cifras puedan fluctuar.

La cascada de atención médica al recluso con hepatitis C se puede completar sin la utilización de la telemedicina, pero en las prisiones dependientes de la Administración Penitenciaria del Estado eso implica que los servicios especializados vayan a la prisión o que los internos sean trasladados a los hospitales para la prescripción. Por este motivo, pensamos que esta herramienta, que aporta la prescripción y las recomendaciones de seguimiento de vigilancia de hepatocarcinoma, cuando están indicadas, completa la cascada de cuidados clásica (cribado, diagnóstico, evaluación, tratamiento, prevención de la reinfección y vigilancia, si fuese necesaria), sin necesidad de los inconvenientes de la derivación.

Es cierto que existen limitaciones de la telemedicina, como, por ejemplo, la imposibilidad de realizar una exploración física por parte del consultor hospitalario, pero tiene otras importantes ventajas, como hemos comentado. En nuestra experiencia, y desde el punto de vista de la calidad percibida, una encuesta anónima de satisfacción realizada a internos y médicos participantes en la consulta de telemedicina mostró que la evaluación general fue buena o muy buena para el 100% de los médicos y para dos terceras partes de los internos<sup>16</sup>, pero no para un tercio de los reclusos, aunque los motivos de esta insatisfacción y su relación con el uso de esta tecnología, y no con otras causas, no han podido conocerse porque no se preguntó en la encuesta. La telemedicina también ofrece otros beneficios, como minimizar los costes de las derivaciones a los hospitales, aunque es una estrategia que ha supuesto –y supone– algunas resistencias, como suele ocurrir con la mayoría de los cambios.

Es de resaltar que la tasa de respuesta virológica sostenida fue similar en nuestra experiencia a la de otros estudios de práctica clínica real en nuestro país<sup>17-19</sup>, sin diferencias entre coinfectados VHC-VIH (virus

de inmunodeficiencia humana) y mono infectados por VHC. Es cierto que la elevada rotación de esta población, con frecuentes excarcelaciones, aumenta la tasa de pérdidas durante el seguimiento, situación similar a la citada en recientes experiencias de Australia<sup>20</sup> y de otros estudios españoles<sup>21</sup>. Es necesario, por consiguiente, reducir estas pérdidas y que este sea un objetivo estratégico de futuro.

En resumen, la consulta de telemedicina es un instrumento eficaz para la consulta especializada y, en el caso de la infección por VHC, puede contribuir de forma eficaz a la eliminación en los reclusos, ya que en este medio la derivación a los especialistas es difícil.

### Conflictos de interés

Los autores declaran que no tienen relación financiera con organizaciones o compañías que puedan influir su opinión.

### CORRESPONDENCIA

Conrado Fernández Rodríguez  
Unidad de Aparato Digestivo.  
Hospital Universitario Fundación Alcorcón.  
Av Budapest, 1. Madrid 28922  
E-mail: cfernandez@fhfalcon.es

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Grupo de trabajo CAPRI. Informe CAPRI sobre la calidad de la asistencia sanitaria en centros penitenciarios españoles. *Rev Esp Sanid Penit.* 2003;5:38-48.
2. Smith AC, Bensink M, Armfield N, Stillman J, Caffery L. Telemedicine and rural health care applications. *J Postgrad Med.* 2005;51:286-93.
3. Ministerio del Interior. Secretaria general de instituciones penitenciarias. Informe 2016 (Consultado 25 de Mayo de 2019). [http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Informe\\_General\\_2016\\_acc.pdf](http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Informe_General_2016_acc.pdf).
4. Marco A, Guerrero RA, Turu E, Gallego C, Teixidó N, Sastre A, Caylà JA y GRUMIP. ¿Es posible eliminar la hepatitis C en las prisiones de Cataluña en el 2021?. *Rev Esp Sanid Penit.* 2019;21:41-5.
5. Saiz de la Hoya P, Marco A, García-Guerrero J, Rivera A, Prevalhep study group. Hepatitis C and B prevalence in Spanish prisons. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2011;30:857-62.

6. Stöver H, Meroueh F, Marco A, Keppler K, Saíz de la Hoya P, Littlewood R, et al. Offering HCV treatment to prisoners is an important opportunity: key principles based on policy and practice assessment in Europe. [Internet]. En: BMC Public Health. Springer Nature. 8 Jan 2019. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6357-x>
7. Secretaria general de sanidad y consumo. Plan estratégico para el abordaje de la hepatitis C. Ministerio de sanidad, asuntos sociales e igualdad. (Consultado 25 de Mayo de 2019). Disponible en: [https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/hepatitisC/PlanEstrategicoHEPATITISC/docs/plan\\_estrategico\\_hepatitis\\_C.pdf](https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/hepatitisC/PlanEstrategicoHEPATITISC/docs/plan_estrategico_hepatitis_C.pdf).
8. Lazarus JV, Wiktor S, Colombo M, Thursz M, EASL International Liver Foundation. Micro-elimination. A path to global elimination of hepatitis C. *J Hepatol*. 2017;67:665-6.
9. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe Europeo sobre Drogas. Tendencias y novedades. [Internet]. EMCDDA; 2018. Disponible en: [http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816\\_TDA-T18001ESN\\_PDF.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816_TDA-T18001ESN_PDF.pdf)
10. Christensen CM, Rosenbloom RS. Explaining the attacker's advantage: Technological paradigms, organizational dynamics, and the value network. *Research Policy*. 1995;24:233-57.
11. Fernandez Rodriguez CM. Disruptive therapeutic innovation and the opportunity to eliminate a chronic disease. The issue of chronic hepatitis C in Spain. *Rev Esp Enferm Dig*. 2017;109:807-8.
12. World Health Organization. Combating hepatitis B and C to reach elimination by 2030 Advocacy brief. [Internet]. WHO; 2016. (Consultado 30 de diciembre de 2018). Disponible en: <https://www.who.int/hepatitis/publications/hep-elimination-by-2030-brief/en/>
13. Cuadrado A, Llerena S, Cobo C, Pallás JR, Mateo M, Cabezas J, et al. Microenvironment Eradication of Hepatitis C: A Novel Treatment Paradigm. *Am J Gastroenterol*. 2018;113:1639-48.
14. Morey S, Hamoodi A, Jones D, Young T, Thompson C, Dhuny J, et al. Increased diagnosis and treatment of hepatitis C in prison by universal offer of testing and use of telemedicine. *J Viral Hepat*. 2019;26:101-8.
15. Pontali E, Fiore V, Ialungo AM, Ranieri R, Mollaretti O, Barbarini G, et al. Treatment with direct-acting antivirals in a multicenter cohort of HCV-infected inmates in Italy. *Int. J Drug Policy*. 2018;59:50-3.
16. Fernandez Rodriguez C, Jiménez Galán G, Alia Alia C, Vegue González M, García Berriguete RM, Fernández González F, et al. The contribution of telemedicine to the Hepatitis C elimination in a Correctional Facility. *Rev Esp Enf Dig*. 2019 (en prensa).
17. Hernández-Conde M, Fernández I, Perelló C, Gallego A, Bonacci M, Pascasio JM, et al. Effectiveness and safety of elbasvir/grazoprevir therapy in patients with chronic HCV infection: Results from the Spanish HEPA-C real-world cohort. *J Viral Hepat*. 2019;26:55-64.
18. Perelló C, Carrión JA, Ruiz-Antorán B, Crespo J, Turnes J, Llaneras J, et al. Spanish Collaborative Group for the Study of the Use of Hepatitis C Direct-Acting Drugs. Effectiveness and safety of ombitasvir, paritaprevir, ritonavir ± dasabuvir ± ribavirin: An early access programme for Spanish patients with genotype 1/4 chronic hepatitis C virus infection. *J Viral Hepat*. 2017;24:226-37.
19. Alonso S, Riveiro-Barciela M, Fernandez I, Rincón D, Real Y, Llerena S, et al. Effectiveness and safety of sofosbuvir-based regimens plus an NS5A inhibitor for patients with HCV genotype 3 infection and cirrhosis. Results of a multicenter real-life cohort. *J Viral Hepat*. 2017;24:304-11.
20. Papaluca T, McDonald L, Craigie A, Gibson A, Desmond P, Wong D, et al. Outcomes of treatment for hepatitis C in prisoners using a nurse-led, state-wide model of care. *J Hepatol*. 2019. [Epub ahead of print].
21. Marco A, Roget M, Cervantes M, Forné M, Planella R, Miquel M, et al. Comparison of effectiveness and discontinuation of interferon-free therapy for hepatitis C in prison inmates and noninmates. *J Viral Hepat*. 2018;25:1280-6.