

Revista Española

de

Sanidad Penitenciaria

Publicación Cuatrimestral de la
Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria
www.resp.es

SUPLEMENTO ESPECIAL

X Congreso Nacional y XVIII Jornadas
de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria



Indexada en MedLine

www.sesp.es

SESP
Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria



Suplemento – Vol. 16 (2014)

X Congreso Nacional y XVIII Jornadas de la
SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE **S**ANIDAD PENITENCIARIA

X Congrés Nacional i XVIII Jornades de la
SOCIETAT ESPANYOLA
DE **S**ANITAT PENITENCIÀRIA

NUEVOS RETOS,
AFRONTANDO
EL FUTURO

NOUS REPTES,
AFRONTANT
EL FUTUR



foto
gabriel sendra

BARCELONA
23, 24 y 25 de Octubre de 2014





REVISTA ESPAÑOLA DE SANIDAD PENITENCIARIA

Publicación cuatrimestral de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP). Vol. 16 (2014) Suplemento Especial

■ EDITORES

José Manuel Arroyo Cobo
Médico de Instituciones Penitenciarias
Servicio Médico C.P. de Zuera, Zaragoza

Andrés Marco Mouriño
Médico de Instituciones Penitenciarias
Servicio Médico C.P. de Hombres de Barcelona

■ CONSEJO EDITORIAL

Enrique J. Acín García
Subdirección General de Sanidad Penitenciaria (Madrid)
Maribel Espinosa García
Generalitat de Catalunya. Subdirecció General de programes de Rehabilitació i Sanitat (Barcelona)

Karoline Fernández de la Hoz Zeitler
Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior (Madrid)

Carlos Gallego Castellví
Servicio Médico Centro Penitenciario de Quatre Camins (Barcelona)

Julio García Guerrero
Servicio Médico Centro Penitenciario de Castellón (Castellón)

Rafael A. Guerrero Moreno
Generalitat de Catalunya.
Subdirecció General de programes de Rehabilitació i Sanitat (Barcelona)

Cristina Iñigo Barrio
Servicio Médico Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante (Alicante)

Vicente Martín Sánchez
Universidad de León (León)

Andrés Martínez Cordero
Servicio Médico Centro Penitenciario de Villabona (Oviedo)

Joan J. Paredes i Carbonell
Secció Promoció de la Salut, Centre de Salut Pública de València

Enrique Vera Remartínez
Servicio Médico Centro Penitenciario de Castellón (Castellón)

■ SECRETARIA TÉCNICA

Pilar Gómez Pintado
Subdirección General Sanidad Penitenciaria

■ TESORERO

Pascual Alcalde Parcés
Centro Salud Delicias-Norte (Zaragoza)

Revista Autorizada como Soporte Válido Nº 50.07.98

■ OFICINA EDITORIAL

Talleres Editoriales Cometa, S.A.
Ctra. de Castellón, Km. 3,400
50013 Zaragoza
Teléfono: 976 41 62 88
E-mail: cometa@cometagrafica.com

■ EDITORES ASOCIADOS

Secretaría SESP
IRE Viajes, S.L.
Calle Balmes, 301, principal 2ª
08006 Barcelona (Spain)
Tel.: 93 238 74 55 - Fax: 93 238 45 79
E-mail: congresosben@ireviajes.es
www.ireviajes.es
Inscrita en el Registro Nacional de Asociaciones
del Ministerio del Interior con el n.º de Protocolo 162.446

■ WEB

Redacción: revista@resp.es
Webmaster: webmaster@resp.es
Página Web: http://www.resp.es

■ TARIFAS

Tarifa de suscripción anual
Unión Europea 60 Euros
(Precios válidos para España. Gastos de envío no incluidos
Boletín de suscripción en el interior)
Ordinaria 18 Euros
Instituciones 30 Euros
Socios de la SESP gratuita
Números atrasados 6 Euros

■ IMPRIME

Talleres Editoriales Cometa, S.A.
Ctra. de Castellón, Km. 3,400
50013 Zaragoza

I.S.S.N.: 1575-0620

e-I.S.S.N.: 2013-6463

Depósito Legal: Z. 2887-98

La Revista Española de Sanidad Penitenciaria
está impresa en papel libre de ácido, norma ISO 9706

REVISTA INCLUIDA EN EL IME, EN EL ÍNDICE BIBLIOGRÁFICO ESPAÑOL EN CIENCIAS DE LA SALUD (IBECS), EN LA PLATAFORMA SCIELO (SCIENTIFIC ELECTRONIC LIBRARY ONLINE) Y EN MEDLINE (U.S. NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE)



Revista Española de Sanidad Penitenciaria by http://www.resp.es/ is licensed under a Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported License. Creado a partir de la obra en www.resp.es. Permissions beyond the scope of this license may be available at http://www.resp.es/.

Las opiniones expuestas en los artículos no coinciden necesariamente con las del Consejo Editorial

■ CONSEJO ASESOR

- Dr. D. Manuel Alós Almiñana
Hospital General de Castellón. Dto. de Farmacia (Castellón)
- Dr. D. Antonio Antela López
*Servicio de Medicina Interna.
Hospital Universitario de Santiago (Madrid)*
- Dra. Dña. María José Aranda Carbonell
Equipo de Tratamiento CP Zuera (Zaragoza)
- Dra. Dña. Piedad Arazo Garcés
*Hospital Universitario Miguel Servet
Dto. Medicina Interna (Zaragoza)*
- Dr. D. Pedro Arias Bohigas
ECDC. European Centers Disease Control (Estocolmo)
- Dr. D. José María Bayas Rodríguez
Hospital Clínico Dto. Medicina Interna (Barcelona)
- Dr. D. Juan B. Bellido-Blasco
Sección de Epidemiología. Centro de Salud de Castellón (Castellón)
- Dr. D. José Ramón Blanco Ramos
Hospital San Pedro-CIBIR. Área de Enfermedades Infecciosas (Logroño)
- Dr. D. Julio Bobes García
Universidad de Oviedo Dto. de Psiquiatría (Oviedo)
- D. D. Vicente Boix Martínez
*Unidad de Enfermedades Infecciosas.
Hospital General Universitario de Alicante*
- Dra. Dña. Ángela Bolea Laguarda
*Dirección General de Atención al Paciente y
Relaciones Institucionales. Consejería de Sanidad (Madrid)*
- Dr. D. José Cabrera Forneiro
Instituto Nacional de Toxicología (Madrid)
- Dra. Dña. Pilar Casaus Samatan
Institut Psiquiàtric Pere Mata de Reus (Tarragona)
- Dra. Dña. María Castellano Arroyo
Universidad de Granada Dto. Medicina Legal (Granada)
- Dr. D. Jesús Castilla Catalán
Universidad de Navarra Dto. Salud Pública (Pamplona)
- Dr. D. Joan Caylá Buqueras
Agencia de Salud Pública (Barcelona)
- Dr. D. Luis de la Fuente de Hoz
*Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA.
Plan Nacional sobre el SIDA (Madrid)*
- Dr. D. Ignacio de los Santos Gil
*Servicio de Medicina Interna-Infecciosas.
Hospital Universitario de la Princesa de Madrid*
- Dr. D. Francisco del Busto de Prado
Hospital Universitario Central de Asturias (Oviedo)
- Dra. Dña. Mercedes Díez Ruiz-Navarro
*Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA.
Plan Nacional sobre el SIDA (Madrid)*
- Dr. D. Fernando Dronza Núñez
*Servicio de Enfermedades Infecciosas.
Hospital Ramon y Cajal (Madrid)*
- Dr. D. Carlos Fernández Merino
Escuela Andaluza de Salud Pública (Sevilla)
- Dr. D. José Carlos Fuertes Rocañin
Hospital Militar de Zaragoza. Dto. de Psiquiatría (Zaragoza)
- Dr. D. José Antonio García Andrade
Universidad Complutense (Madrid)
- Dra. Dña. M^a Teresa García Jiménez
Escuela Nacional de Sanidad. ISCIII (Madrid)
- Dr. D. José Luis Graña Gómez
Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid
- Dr. D. Luis Guerra Romero
Programas Internacionales. ISCIII (Madrid)
- Dra. Dña. Natividad Izco Goñi
*Responsable del Registro de Mortalidad.
Consejería de Salud de la Comunidad de La Rioja*
- Dr. D. Cecilio López Galíndez
Centro Nacional de Microbiología (Madrid)
- Dr. D. Aurelio Luna Maldonado
Facultad de Medicina Dto. Medicina Legal (Murcia)
- Dra. Dña. María Sol Luque Molina
*Servicio de Obstetricia y Ginecología
Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid)*
- Dra. Dña. Begoña Martínez Jarreta
Facultad de Medicina Dto. Medicina Legal (Zaragoza)
- Dr. D. Santiago Moreno Guillén
*Servicio de Enfermedades Infecciosas.
Hospital Ramón y Cajal (Madrid)*
- Dr. D. Antonio Muro Álvarez
Universidad de Salamanca Dto Microbiología (Salamanca)
- Dra. Dña. María Ordovás Gavín
*Servicio de Programas de Salud Pública.
Instituto de Salud Pública de la CAM (Madrid)*
- Dr. D. Enrique Ortega González
*Hospital General Universitario de Valencia.
Enfermedades Infecciosas (Valencia)*
- Dr. D. José Antonio Oteo Revuelta
Complejo Hospitalario San Millán-S. Pedro (Logroño)
- Dr. D. Enric Pedrol Clotet
Servei de Medicina Interna. Hospital de Santa Tecla (Tarragona)
- Dr. D. Francesc Pérez Arnau
Sant Joan de Déu. Serveis de Salut Mental. Area penitenciària (Barcelona)
- Dr. D. Antonio Pérez Urdániz
Universidad de Salamanca Dto. de Psiquiatría (Salamanca)
- Dra. Dña. Florencia Pozuelo Rubio
*Subdirección Gral. Tratamiento y Gestión Penitenciaria.
Secretaría General de II.PP.*
- Dr. D. Hernán Reyes
Comité Internacional de la Cruz Roja (Ginebra)
- Dra. Dña. Anna Rodés i Monegal
*Programa de Tb. Departament de Salut de la Generalitat
de Catalunya (Barcelona)*
- Dr. D. Vicente Rubio Larrosa
Hospital Provincial Dto. de Psiquiatría (Zaragoza)
- Dr. D. Alfredo Ruiz Alvarado
*Subdirección Gral. Tratamiento y Gestión Penitenciaria.
Secretaría General de II.PP.*
- Dr. D. Jesús Sanz Sanz
*Servicio de Medicina Interna-Infecciosas.
Hospital de la Princesa (Madrid)*
- Dra. Dña. Dolores Serrat Moré
Facultad de Medicina Dto. Medicina Legal (Zaragoza)
- Dr. D. Omar Sued
*Responsable de VIH/SIDA
Organización Panamericana de la Salud (Washington)*
- Dr. D. Amalio Telenti Asensio
Institute of Microbiology. University of Lausanne
- Dr. D. Vicenç Tort Herrando
*Unitat Polivalent de Psiquiatria.
Sant Joan de Deu-Serveis de Salut Mental C.P. Quatre Camins*
- Dr. D. Joan Trujols Albet
Hospital de la Santa Cruz i San Pablo (Barcelona)
- Dr. D. Jordi Usó Blasco
Hospital General Dto. Medicina Interna (Castellón)
- Dr. D. Manuel Vaquero Abellán
Escuela Universitaria de Enfermería (Córdoba)
- Dr. D. Wenceslao Varona López
Hospital Royo Villanova Dto. Medicina Preventiva (Zaragoza)
- Dr. D. José Verdejo Ortes
Centro Nacional de Microbiología. ISCIII (Madrid)
- Dr. D. Enric Vicens i Pons
Sant Joan de Déu. Serveis de Salut Mental (Barcelona)
- Dr. D. José Amador Vicente Pérez
Servicio de Medicina Preventiva. Hospital de Móstoles (Madrid)
- Dr. D. Juan José Vilata Corell
Universitat de Valencia Dto. de Dermatología (Valencia)
- Dra. Dña. Mercedes Vinuesa Sebastián
Subdirectora Médica. Hospital de Móstoles (Madrid)



REVISTA ESPAÑOLA DE SANIDAD PENITENCIARIA

Volumen 16, Suplemento Especial - 2014

X Congreso Nacional y XVIII Jornadas de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria

SUMARIO

PONENCIAS

F Collazos-Sánchez <i>Psiquiatría transcultural (fenómenos migratorios y salud mental)</i>	8
JM Gallego-Rodríguez <i>Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados....</i>	9
I Molina-Romero <i>Detección de Enfermedades importadas. Estrategias y recomendaciones a aplicar en el reconocimiento de ingreso en prisión</i>	14
H Ouaraab <i>Vigilancia Epidemiológica y Educación para la salud en Enfermedades Emergentes. El rol de Enfermería</i>	16
L Gétaz, Nt Tran, H Wolff <i>Prevención y manejo de la hepatitis B en las cárceles de Ginebra, Suiza: facilidad entre barreras – una síntesis narrativa de la práctica actual.</i>	20
S del Pino, M del Granado, E Rodríguez <i>Situación de la TB, el SIDA y las enfermedades desatendidas en las prisiones de Latinoamérica: un enfoque inter-programático</i>	25
A Martín-Castellanos <i>Envejecimiento en el medio penitenciario. Estrategias preventivas y hábitos saludables</i>	28
EJ Vera-Remartínez <i>Mortalidad en prisión. De las enfermedades transmisibles a las enfermedades cardiovasculares y los tumores. Una revisión histórica</i>	33
F Ruiz-Rodríguez <i>Consenso para la vacunación en las prisiones españolas</i>	37
A Bengoa <i>Integración de la Sanidad Penitenciaria del País Vasco en Osakidetza. Tres años de experiencia</i>	43
A Coll-Cámara <i>Enfermería penitenciaria, ¿es necesaria una formación específica?</i>	45

V Martín Sánchez

Sanidad Penitenciaria tras la Ley Orgánica General Penitenciaria. Presente y futuro treinta y cinco años después. 50

COMUNICACIONES

Salud Mental y Drogodependencias

A Pérez-Guitart, N Mestres, J Muriel, A Pascual <i>Patología dual en pacientes que inician tratamiento en un centro ambulatorio de drogodependencias y aspectos diferenciales en los casos con antecedentes penitenciarios</i>	54
C López-Moreno, J Pérez-Casenave <i>Obesidad y trastorno mental grave</i>	55
C Negro, R García-Segado, M Esteve <i>Dosis infraterapéuticas de metadona (una perspectiva de los usuarios)</i>	56
R García-Segado, B Relinque <i>Visualización del programa PIJ en el CP Murcia-Sangonera.</i>	58
L Macià, E Prat, A-E Olive, V Tort <i>Influencia de las medidas coercitivas en la adherencia al tratamiento de pacientes atendidos en la unidad psiquiátrica penitenciaria de un centro penitenciario</i>	59
JM Arroyo, P Gómez-Pintado y Grupo de Trabajo PAIEM <i>¿Mejora el PAIEM la atención al enfermo mental?</i>	60
G Escuder-Romeva, D Garriga-Guitart <i>Descripción de la población extranjera ingresada en la UHPP</i>	61
RS Aguilar-Gomez, M Tort-Pon, E del Moral <i>La atención primaria en salud mental como medio de prevención dentro de la población reclusa en general</i>	62
E Prat, I García, AE Olivé, L Macià, V Tort <i>Programa de soporte comunitario de enfermería en Salud Mental en el Centro Penitenciario Quatre Camins</i>	63

M Ramos, A Giné, P Sardà, JP Golf <i>Implementación del seguimiento del duelo por la pérdida de un familiar en los internos de un Centro Penitenciario de Cataluña</i>	64	P Sardà, JP Golf, A Puértola, A Palé, v Mejías <i>Estudio sobre la prevalencia de pacientes polimedcados en un Centro Penitenciario de Catalunya</i>	79
A Puig, L Moruno, M Sánchez-Roig, C Gallego <i>Características sociodemográficas y clínicas de internos en contención mecánica psiquiátrica en un Centro Penitenciario de Barcelona</i>	65	P Sardà, JP Golf, V Mejías, A Puértolas <i>Estudio de la morbilidad crónica y cobertura vacunal en los mayores de 65 años de un Centro Penitenciario de Barcelona</i>	80
D González-Tejedor, JA Martín-Peláez, C Suárez-Mujico, V San José-Camarón, Cachafeiro A, R Fernández-Rodríguez, C Pena-López <i>Valoración del interno de apoyo en Salud Mental-PAIEM</i>	66	L Moruno, N Parra, MP Pérez-Amigó, M Sánchez-Roig, C Varoucha <i>Control del dolor en pacientes con diagnóstico de tumoración maligna TM o tumoración benigna (tb) ingresados en un Centro Penitenciario de hombres de Barcelona</i>	81
E Álvaro, JM López-Fernández, MC Zabala, M Vegue <i>Personas con trastorno mental grave en el C.I.S. Victoria Kent. Análisis de resultados del Programa Puente</i>	67	JP Golf, S Vila, N Selva, G Valcells, M Marrufo, P Sardà <i>Valoración de la necesidad de derivar los internos de un modulo semiabierto que se aproximan a la libertad a los Organismos de Salud externos</i>	82
JA Martín-Peláez, C Suárez-Mujico, D González-Tejedor, R Fernández-Rodríguez, C Pena-López, A Cachafeiro, V San José-Camarón, A Doeste-Franco <i>Reto de mejora en la autonomía de pacientes PAIEM. Evaluación escalas BELS y OMS/DAS</i>	68	S Vila, N Selva <i>Derivaciones de enfermería de los usuarios del módulo semiabierto del C.P. de Barcelona a los Centros de Salud comunitarios</i>	83
JA Martín-Peláez, D González-Tejedor, JM Riveiro-Castro, G Espadas-Prieto, C Suárez-Mujico, V San José-Camarón <i>Análisis de las intoxicaciones de un Centro Penitenciario. Estrategias de mejora</i>	69	ATR Mattos, LL Santos, AP Filho <i>Reflexiones sobre la Atención Primaria de Salud por medio de la experiencia de la enseñanza en la disciplina de “Medicina de Confinamiento”</i>	84
R Crespo, N Codern, R Guerrero, X Major, X Ayneto, Y Muñoz, M Maresme <i>Evaluación del programa de intercambio de jeringas (PIJ) en los Centros Penitenciarios de Catalunya: una mirada cualitativa</i>	70	Gestión, Calidad Asistencia y Miscelánea	
D González-Tejedor, JA Martín-Peláez, R Fernández-Rodríguez, C Suárez-Mujico, C Pena-López, A Doeste-Franco <i>Evaluación de la calidad de vida percibida en pacientes PAIEM nivel 2</i>	71	S Quintero, M Escribano, Q Guixé, V Paredes <i>Percepción del reconocimiento profesional y grado de satisfacción de los Diplomados de Enfermería que trabajan en Sanidad Penitenciaria</i>	85
M Rovira-Machordom, V Tort-Herrando <i>Interrelación entre primer grado y trastorno psiquiátrico</i>	72	A Pazin-Filho, L Fernando-Enrique, C Willie-Alvarenga, L Loures dos Santos <i>Training of correctional officers to detect predictors of urgent transfers in the inclusion process</i>	86
Atención Primaria		A Martín-Castellanos, FJ Barca, M García, P Monago, MA Muñoz, P Martín <i>Obesidad e indicadores antropométricos en varones con síndrome coronario agudo ingresados en un hospital de referencia penitenciaria: estudio caso-control</i>	87
E Garcés-Pina, SV Casado-Hoces, B Armenteros-López, A Blanco-Quiroga, JR Borraz-Fernández, EJ Vera-Remartínez, JA González-Gómez, GESESP <i>Riesgo cardiovascular en las prisiones españolas</i>	73	N Sosa-Loyola, A Diaco, J Sotelo <i>Estrategias de gestión para la promoción de la salud en los contextos de encierro en Argentina</i>	88
MJ Leal, A Bedoya, N Lleopart, P Martínez-Carpio, M Álvarez, R Fernández, S Matas <i>Veinte cuatro años en la evolución de conductas autolesivas en población joven reclusa</i>	74	J García-Guerrero, EJ Vera-Remartínez y Grupo de Estudio de la Huelga de Hambre en las Prisiones Españolas <i>Ayuno voluntario (huelga de hambre) en las prisiones españolas. Un análisis descriptivo</i>	89
MM Martínez-Delgado, N Espeleta <i>Valoración del riesgo cardiovascular en un grupo de pacientes participantes en un taller de nutrición</i>	75	C Gallego, N Parra, MP Pérez-Amigó, M Sánchez-Roig, A Puig, MA Moruno, MJ Argüelles <i>Cambios en la prevalencia de infección por VIH y del gasto en fármacos antirretrovirales en una prisión de Barcelona en los últimos 6 años (2009-2014)</i>	90
AM López-Sánchez, JR Borraz, MP Fernández-Prieto <i>Estudio de HTA, estado nutricional y tratamientos médicos de un grupo de internos de un CP</i>	76	P Sardà, JP Golf, A da Silva, F Nonell <i>Estudio de la implementación de las recomendaciones sobre prescripción de inhibidores de la bomba de protones IBP (Omeprazol)</i>	91
JR Borraz, AM López-Sánchez, MP Fernández-Prieto <i>Diagnósticos de enfermería en un CP según los patrones de M. Gordon</i>	77	E Acín, O Muñoz <i>Riesgo relativo de fallecimiento en pacientes VIH positivos por causa no indicativa de sida en las prisiones españolas</i>	92
MP Fernández-Prieto, AM López-Sánchez, JR Borraz <i>Violencia percibida/sufrida por el personal sanitario en un Centro Penitenciario</i>	78		

B Fortuna, L Esteba, P Sardà, V Mejías <i>Evolución de la detección de “body packers” por placa radiográfica en cuatro centros penitenciarios de Cataluña (2007/2013)</i>	93	EJ Vera-Remartínez, J García-Guerrero, Servicio Médico del CP Castellón I <i>Prevalencia e incidencia de infección tuberculosa latente en un Centro Penitenciario</i>	105
E Álvaro, M Vegue <i>Control telemático por motivos médicos en régimen abierto ..</i>	94	A Delgado Márquez, CA Yllobre, I Martín-Bello, A Sánchez-Bernal, MJ Rodríguez-Fernández, M Sosa <i>Valoración de screening oportunista de citología cervicovaginales realizado en CP Las Palmas II entre abril de 2012 y abril de 2014</i>	106
JJ Paredes-Carbonell, P Paredes-Adam, P López-Sánchez <i>Relación de ayuda y actividad físico-deportiva como “activos para la salud” en jóvenes presos de la Comunitat Valenciana</i>	95	MR Moreno <i>Prevalencia de hepatitis C en el C.P. Madrid 2</i>	107
LL Santos, ATR Mattos, CSV Macedo, HF Barbosa, AP Filho <i>El sistema penitenciario del Brasil como un escenario de formación médica</i>	96	A Marco, V Humet, M Escribano, RA Guerrero <i>Tuberculosis en el periodo 2006-2012 en prisiones de Cataluña</i>	108
JA Martín-Peláez, D González-Tejedor, JM Riveiro-Castro, ML Campos-Varela, A Martínez-Cardoso, C Suárez-Mujico, V San José-Camarón <i>Análisis DAFO como herramienta de elaboración de un plan estratégico del servicio médico de un Centro Penitenciario</i>	97	J García-Guerrero, EJ Vera-Remartínez, B Gomila, S Rincón, M Planelles, D Sánchez-Alcón, R Araújo, R Lázaro-Monje, R Clavo-García, S Granero, P Serrano, M Jiménez-Pérez, J Maicas <i>Presistencia anormal de mycobacterium tuberculosis en esputo. Caso clínico</i>	109
Enfermedades Infecciosas y Emergentes		F Ruiz-Rodríguez, C Álvarez-Vigil, JJ Antón <i>Conversion de la prueba tuberculínica en un Centro Penitenciario</i>	110
A Marco, C Solé, C Gallego, R Planella, E Leandro, A Sastre, I Valls, C Sarriera, N Teixidó, A da Silva, RA Guerrero <i>Prevalencia de AGHbS positivo en presos de Cataluña y perfil diferencial según el lugar de origen</i>	98	JJ Ricart, D Ameri, J Caillava, J Padín, C Rondeau, JL Francos <i>Respuesta virológica e inmunológica en pacientes HIV positivos en situación de encierro (cohorte de pacientes vulnerables)</i>	111
XR Blanco, R Criollo, CH Castro, M Díaz, N Domènech, L Fernández, C Gallego, R García-Hurtado, JP Golf, T González-Rodríguez, R Guerrero, A Márquez, R Planella, A Potes, R Ramón, A Ruiz, T Sales, A Sastre, A Sastre, C Solé, N Teixidó, A Valdés, I Valls, R Solé, A Marco, J Mallolas <i>Uso de inhibidores de la proteasa en presos infectados por VIH de Cataluña en el periodo 2010-2013</i>	99	JJ Ricart, C Alonso, J Caillava, J Padín, C Rondeau, JL Francos <i>Expansión del testeo voluntario para HIV y sífilis en personas privadas de la libertad en el marco del día mundial de lucha contra el HIV/SIDA años 2012-2013</i>	112
A Marco, J Portu, O Retto, C Solé, C Gallego, A Sastre, P Saíz de la Hoya, C Sarriera, A da Silva, N Teixidó, RA Guerrero <i>Respuesta virológica rápida extendida en presos españoles con y sin infección por VIH tratados de la hepatitis crónica C con Telaprevir, Peginterferon Alfa y Ribavirina</i>	100	JL Francos, D Ameri, J Caillava, J Padín, C Rondeau, JJ Ricart <i>Características clínico epidemiológicas de la infección por hepatitis C en personas privadas de su libertad en Argentina</i>	113
A Marco, E Leandro, C Gallego, C Solé, A Sastre, R Planella, A da Silva, N Teixidó, C Sarriera, RA Guerrero <i>18 Meses de tratamiento con Telaprevir o Boceprevir más Interferon Pegilado y Ribavirina en presos de Cataluña. Resultados preliminares de eficacia y de discontinuación de tratamiento</i>	101	JP Golf, S Vila, N Pérez-Álvarez, P Sardà, C Gallego, E Negrodo <i>Estudio sobre riesgo cardiovascular y diferentes biomarcadores plasmáticos en una población con infección por VIH-1 y por VHC en medio penitenciario</i>	114
A Marco, C Solé, C Gallego, R Planella, E Lenadro, A Sastre, I Valls, N Teixidó, A da Silva, C Sarriera, RA Guerrero <i>Tratamiento de la hepatitis B crónica en presos de Cataluña: ¿qué características tienen, cuántos están en tratamiento y con qué fármacos?</i>	102	JP Golf, P Sarda, Grupo de Estudio VIH/HAD <i>Sintomatología ansiosa y depresiva en la población infectada por el VIH-1 de cuatro centros penitenciarios catalanes</i>	115
A Marco, C Gallego, M Escribano, MJ Argüelles, N Solé, M Sánchez-Roig <i>Prevalencia de diagnóstico tardío y de infección avanzada en los casos con infección por VIH detectados en dos prisiones de Barcelona</i>	103	F Ruiz-Rodríguez, J Pérez-García, JJ Antón, FJ Herrera-Jaimez <i>Prueba de la tuberculina en dos módulos de mujeres</i>	116
A Bedoya, MJ Leal, N Lleopart, P Martínez-Carpio, M Álvarez, S Matas, R Fernández <i>Evolución 27 años de la hepatitis B en un Centro Penitenciario</i>	104	P Saiz de la Hoya, M Bedia, T Martín, C Juan <i>Situación clínica de los pacientes con HBs Ag + estudiados en el C.P. Fontcalent en el periodo 2005 a 2014</i>	117
		P Saiz de la Hoya, M Bedia, T Martín <i>Prevalencia de genotipos de interleucina 28B en población penitenciaria</i>	118
		P Saiz de la Hoya, M Bedia, B Gómez, T Martín <i>Determinación de la situación inmunológica frente al sarampión, rubéola, parotiditis, varicela y hepatitis A en población penitenciaria</i>	119

Programa del X Congreso Nacional y XVIII Jornadas de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria

[MESAS OFICIALES DEL CONGRESO]

VIERNES 24 DE OCTUBRE

09:00 – 10:30 MESA DE SALUD MENTAL

MODERADORES

Ángeles López López

Hospital Psiquiátrico Penitenciario. Fontcalent. Alicante

Álvaro Muro Álvarez

Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria de Cataluña. Centro Penitenciario (CP) Brians 1. Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Barcelona

PONENCIAS

Síntomas mentales secundarios a tratamiento psicofarmacológico

Enrique Álvarez Martínez

Servicio de Psiquiatría. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Universidad Autónoma de Barcelona (UAB). CiberSam. Barcelona

Trastorno por somatización, hipocondría y trastornos disociativos (síntomas médicos no explicados por trastorno orgánico)

José Manuel Gallego Rodríguez

Servicio de Psiquiatría. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz

Psiquiatría transcultural (fenómenos migratorios y salud mental)

Francisco Collazos Sánchez

Programa de Psiquiatría Transcultural. Hospital Universitario Vall d'Hebrón. Barcelona

10:30 – 12:00 MESA DE ENFERMEDADES EMERGENTES E IMPORTADAS

MODERADORES

Pablo Saíz de la Hoya

Grupo de Enfermedades Infecciosas de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (GEISESP). Servicios Sanitarios. CP Fontcalent. Alicante

Jordi Gómez Prat

Unidad de Medicina Tropical y Salud Internacional Drassanes de Barcelona. Instituto Catalán de la Salud

PONENCIAS

Detección de Enfermedades importadas. Estrategias y recomendaciones a aplicar en el reconocimiento de ingreso en prisión

Israel Molina Romero

Unidad de Salud Internacional y Medicina Tropical Vall d'Hebrón-Drassanes. Servicio Enfermedades Infecciosas Hospital Universitario Vall d'Hebrón. Barcelona

Vigilancia Epidemiológica y Educación para la Salud en Enfermedades Emergentes. El rol de Enfermería

Hakima Ouaarab

Unidad de Salud Internacional. Drassanes - Vall d'Hebrón. Barcelona

Enfermedades de transmisión sexual de carácter emergente. El papel de la Sanidad Penitenciaria en su detección y control

Mercedes Díez Ruiz- Navarro

Área de vigilancia epidemiológica del VIH/Sida y comportamientos de riesgo. Plan Nacional sobre el Sida/Centro Nacional de Epidemiología

17:00 – 18:30 MESA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

MODERADORES

Julio García Guerrero

Servicios Médicos del Centro Penitenciario de Castellón I

Joan A Caylà Buqueras

Servicio de Epidemiología. Agencia de Salud Pública de Barcelona

PONENCIAS

Prevención de la hepatitis B en las cárceles de Ginebra: facilidad entre barreras

Laurent Gétaz

FMH en Médecine des voyages et médecine tropicale. Hôpitaux Universitaires de Genève. Unité de médecine pénitentiaire

Innovando en el diagnóstico de la infección tuberculosa latente en Instituciones Penitenciarias: ¿que usar?, PPD RT-23, IGRAs o una nueva tuberculina?

Joan-Pau Millet Vilanova

Servicio de Epidemiología. Agencia de Salud Pública de Barcelona

Situación de la TB, el SIDA y de las enfermedades desatendidas en las prisiones de Latinoamérica: un enfoque inter-programático

Sandra Del Pino

Asesora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)

SABADO 25 DE OCTUBRE

09:00 – 10:30 MESA DE ATENCIÓN PRIMARIA

MODERADORES

Josep Lluís Piñol Moreso

Sección de Investigación de la Sociedad Catalana de Medicina de Familia (CAMFIC)

Montserrat Escribano Ibáñez

Servicios Sanitarios. Centro Penitenciario de Hombres. Barcelona

PONENCIAS

Envejecimiento en el medio penitenciario. Estrategias preventivas y hábitos saludables

Ángel Martín Castellanos

Servicios Sanitarios. Centro Penitenciario de Cáceres

Mortalidad en prisión. De las enfermedades transmisibles a las enfermedades cardiovasculares y los tumores. Una revisión histórica

Enrique J. Vera Remartínez

Servicios Sanitarios. Centro Penitenciario Castellón I

Documento de Consenso sobre el Uso de Vacunas en población penitenciaria

Fernando Ruiz Rodríguez

Servicios Sanitarios. Centro Penitenciario de Albolote. Granada

10:30 – 12:00 MESA DE GESTION Y CALIDAD ASISTENCIAL

MODERADORES

Elisabet Turu Santigosa

Programa de Salud Penitenciaria del Instituto Catalán de la Salud (ICS).Barcelona

Antonio López Burgos

Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria

PONENCIAS

Integración de la Sanidad Penitenciaria del País Vasco en Osakidetza. Dos años de experiencia

Arantza Bengoa Etxabe

Atención Primaria. Servicios Sanitarios. Centro Penitenciario de Martutene. San Sebastián

Enfermería Penitenciaria, ¿es necesaria una formación específica?

Antonia Coll Cámara

Área de Sanidad de la Dirección General de Servicios Penitenciarios. Barcelona

Sanidad Penitenciaria tras la Ley Orgánica General Penitenciaria. Presente y futuro treinta y cinco años después

Vicente Martín Sánchez

Universidad de León

17:00 – 18:30 MESA DE DROGODEPENDENCIAS

MODERADORES

M^a Teresa Brugal Puig

Servicio de Prevención y Atención a las Adicciones. Agencia de Salud Pública de Barcelona

Enrique Álvaro Brun

Servicios Médicos. Centro de Inserción Social Victoria Kent. Madrid

PONENCIAS

Trastornos relacionados con sustancias: Retos y Posibilidades tras la excarcelación

José Salvador Casanova

Programas socio sanitarios. Plan Nacional sobre Drogas (PND)

Entrevista para identificar comorbilidad psiquiátrica en usuarios de drogas: Desarrollo y validación de un instrumento breve

Marta Torrens Mèlich

Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones, Parc de Salut Mar. Barcelona

Tratamientos con sustitutivos opiáceos: cuándo y con qué. Evidencias científicas

Miquel del Río Meyer

Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Mutua Terrassa. Barcelona

Psiquiatría transcultural (fenómenos migratorios y salud mental)

F Collazos-Sánchez

Programa de Psiquiatría Transcultural. Hospital Universitario Vall d'Hebrón. Barcelona

“La progresiva multiculturalidad experimentada en la sociedad española en los últimos años, como consecuencia fundamentalmente del impresionante incremento de la inmigración, ha motivado importantes cambios y plantea importantes retos en diferentes ámbitos; siendo el sanitario uno de ellos.

Por otra parte, la presencia de personas de origen extranjero en las prisiones españolas está sobrerrepresentada, alcanzando, según los datos del Estudio PRECA (Prevalencia de trastornos mentales en las cárceles españolas), algo más del triple que la autóctona (3,2 veces más que la autóctona). La mayoría de estas personas no tienen ni residencia legal ni acceso a los servicios lo que hace que, junto al encarcelamiento, suponga un importante riesgo de exclusión social, al tiempo que se convierte en posibles desencadenantes de enfermedad mental.

El trabajo en salud mental con población culturalmente diversa, especialmente en el ámbito penitenciario, supone frecuentemente un desafío para el profesional que debe lidiar con dificultades idiomáticas, que se encuentra con modelos explicatorios muy alejados de los que pueda manejar la biomedicina, que ha de descifrar expresiones del malestar desconocidas o que tiene que manejar situaciones sociales muy precarias fruto de un proceso migratorio poco exitoso. La suma de las variables atribuibles a la cultura del paciente, más las sociales derivadas de la migración y las personales, conforman habitualmente una importante carga a la que no siempre se le sabe, o se le puede, dar respuesta.

Es por eso que, tanto a nivel individual, por lo que a los profesionales que conforman la red asistencial se refiere, como al institucional, se cuestiona si la capacidad de respuesta a este cambio en la sociedad está

siendo la correcta. Un sistema que no sea capaz de funcionar de manera eficaz en condiciones de multiculturalidad ofrecerá una calidad asistencial irregular, lo que redundará en una indeseada desigualdad hacia los ciudadanos que debe corregirse.

Han sido diversos los intentos que se han hecho en los diferentes países para tratar de dar una respuesta adecuada a esta situación; sin embargo, todavía no está clara cuál es la mejor de las opciones. Iniciativas como la incorporación de mediadores interculturales o agentes de salud que faciliten el acceso en los primeros años de estancia en el país de acogida, la creación de programas especializados en la atención a la población culturalmente diversa, o la capacitación de los recursos existentes para que se puedan adaptar a esta variabilidad de sus usuarios, han sido algunas de las alternativas que se han sugerido.

El concepto de “competencia cultural” nace en este contexto en países que, como los EE.UU., cuentan con una larga tradición multicultural en su sociedad. Allí donde se ha hecho el esfuerzo de capacitar a los profesionales con la adquisición de los conocimientos, las habilidades y las actitudes necesarias, junto con la implantación de políticas ajustadas a la realidad social a la que se tiene que hacer frente, los resultados han mejorado. Aspectos tan importantes en salud como el grado de satisfacción de profesionales y usuarios, indicadores como el cumplimiento de los tratamientos o el abaratamiento de los costes, experimentan una mejoría allí donde se trabaja de forma “culturalmente competente”.

En esta presentación se revisarán las bases de este modelo y se proponen posibles respuestas para ofrecer una asistencia de calidad a todas las personas, independientemente de su pertenencia étnica o cultural”.

Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados

JM Gallego-Rodríguez

Psiquiatra ESMD-Bahía de Cádiz

Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Hospital Universitario de Puerto Real

RESUMEN:

En esta mesa se comentan las perspectivas epistemológicas, diagnósticas, explicativas y etiopatogénicas, así como una pauta general de actuación ante los trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados.

El problema clínico del que vamos a tratar hoy en esta mesa es sumamente interesante, ya que nos movemos en un terreno que ha estado históricamente en discusión (en general, como en toda la psiquiatría), la relación entre la mente y el cuerpo. Los llamados “trastornos somatomorfos” o el término más actualizado de “trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados” son un conjunto de fenómenos que se presentan en mayor medida en el ámbito de la atención primaria, ya que son minoría aquellos que llegan al nivel especializado de salud mental. En el ámbito penitenciario se estimó en un estudio realizado por nuestra Unidad una frecuencia del 18 % del total de las consultas (1) (en atención primaria se estima una frecuencia de cerca del 10% (2)). Un dato importante es la alta comorbilidad entre trastornos de personalidad y trastornos somatomorfos, ya que en el ámbito penitenciario el trastorno psiquiátrico más frecuentemente diagnosticado es el trastorno de personalidad (3).

Para ver la relevancia del problema en el ámbito penitenciario, pasamos una encuesta (ver cuadro 1) al personal médico de los centros penitenciarios Puerto II y Puerto III del Puerto de Santa María. Contestaron la encuesta 6 médicos. El 100 % considera la somatización como un problema frecuente o muy frecuente, siendo los síntomas cardiovasculares los más repetidos (66%), les cuesta diferenciar una simulación de una somatización (67%), la preocupación y compasión los tipo de emociones mayoritarias que les crean (66%), la actuación terapéutica es principalmente la explicativa (50%) y todos creían necesario una mayor formación para el abordaje de los trastornos somatomorfos.

1. CUESTIONES EPISTEMOLÓGICAS

El conocimiento empírico está basado en la observación de fenómenos que se repiten, y que en general crean una cuestión o problema. Este a su vez es diferente a otros, por lo que ha de clasificarse. Todo problema tiene que tener una explicación basado en un modelo que se sugiere del fenómeno observable (método inductivo), o a partir de un modelo general se intenta explicar el fenómeno particular (método deductivo). Sin olvidar que el observador también es parte del problema, ya que tiene unas expectativas y conocimientos previos que influyen en su función investigadora. Una vez hallado el modelo, lo ideal es la experimentación y reproducción del fenómeno.

Para el médico el fenómeno observable es la enfermedad manifestada por síntomas (en general parten de la subjetividad del paciente) y signos (objetivados por el médico). Síntomas y signos son agrupados en la perspectiva de la aparición en el tiempo, y si están asociados a sistemas o aparatos concretos o por el contrario adquieren la característica de sistémicos (múltiples sistemas implicados). Su agrupación crea los síndromes, que pueden corresponder a diferentes etiologías. Cada etiología marca en general una enfermedad. Una vez conocida la causa, podemos establecer un modelo explicativo de la génesis de la enfermedad, esto es, la fisiopatología. Este conocimiento médico ha estado muy influido por la mecánica clásica, determinista y causal. Todo tiene que tener una causa y esta tiene que ser lineal con el efecto. Pongamos el ejemplo siguiente: un paciente nos comenta que comienza a experimentar cansancio general y se nota los pies hinchados,

Cuadro 1

ENCUESTA SOBRE LOS TRASTORNOS SOMATOFORMOS

1. ¿Qué frecuencia adquiere la somatización en su práctica clínica habitual?
 - a. Infrecuente
 - b. Frecuente
 - c. Muy frecuente
2. ¿Qué forma de presentación considera la más frecuente?
 - a. Dolor
 - b. Síntomas digestivos
 - c. Síntomas neurológicos
 - d. Síntomas cardiovasculares
3. ¿Tiene dificultades en diferenciar una somatización de una simulación?
 - a. Con frecuencia
 - b. Pocas veces
 - c. Son la misma cosa
4. ¿Qué emociones le crea habitualmente la atención a un paciente somatizador?
 - a. Rechazo y hostilidad
 - b. Pena, compasión
 - c. Impotencia, insatisfacción profesional
 - d. Preocupación, incertidumbre, inseguridad
 - e. Indiferencia
5. ¿Cuál es su actuación terapéutica más habitual ante una somatización?
 - a. Mandar medicación como efecto placebo
 - b. Utilización de psicofármacos
 - c. Defensiva: petición de pruebas complementarias
 - d. Explicativa: intenta explicar los procesos psicológicos que pueden llevar a un malestar físico.
 - e. Efectúa una comunicación directa de que no tiene ninguna enfermedad y que se tranquilice
6. ¿Cree necesario completar su formación para el abordaje de los trastornos somatomorfos?
 - a. Sí
 - b. No

además de episodios de palpitaciones. Procedemos a la exploración y detectamos crepitantes en bases, soplo sistólico, reflujo hepatoyugular y edemas con fóvea hasta parte media de las pantorrillas. Establecemos que el paciente tiene un síndrome de insuficiencia cardíaca congestiva y posteriormente buscamos la causa para establecer la enfermedad. En este caso una estenosis mitral debido a causa reumática de la infancia.

La principal consecuencia de este método en el médico es dar una gran seguridad, capacidad de entendimiento y establecer puntos donde intervenir y tratar. Lo que no se amolda a ello entra dentro de lo desconocido o lo “funcional”: síntomas que no llegan a adquirir entidad de síndromes, que no se correlacionan con signos...o síndromes a los que no se les encuentra una etiología y carecen de explicación fisiopatológica. Para colmo, si nos movemos en un dualismo mente-cuerpo, el siguiente paso es atribuir a lo mental la génesis de tales síntomas. Y en la mente, el conocimiento lineal y determinista fracasa. Estamos ante un nuevo

paradigma de conocimiento que no entra en nuestra estructura mental médica clásica. En la mente, no hay un modelo fisiopatológico establecido y los llamados “trastornos” (que es el término elegido para la alteración mental), carecen en general de etiología. A lo sumo que se llega es a la suma de factores genético-constitucionales y ambientales.

¿Qué ocurre en nosotros los médicos? Lo mental es oscuro, indeterminado, problemático y además resulta incómodo, insatisfactorio. Atender a una persona con queja de síntomas pero que en realidad “no está enferma” es frustrante, nos hace perder el tiempo, nos lleva a pensar en que quieren manipularnos...más cuando la manipulación es la forma de relacionarse más frecuente de las personas ingresadas en centros penitenciarios.

Por eso la mejor forma de enfrentarse a este problema es la comprensión y el conocimiento. Con dos premisas fundamentales: *la unidad cuerpo-mente* (unidad psicósomática) y *la complejidad del fenómeno*

mental. No hay mente sin cuerpo y su interacción es recíproca; lo mental emerge de la organización neuronal cerebral que está inmersa en un cuerpo. La complejidad no es determinista y causal: es probabilística y más que la suma de las partes.

2. CATEGORIZACIÓN DIAGNÓSTICA

Del nivel epistemológico pasamos a lo más clínico y descriptivo. Tenemos tres tipos de fenómenos: síntomas en los que no se encuentran signos y las pruebas complementarias son normales, asignándosele el término general de somatización. Un segundo tipo donde podemos organizar un síndrome, pero cuya etiología y modelo fisiopatológico es desconocido, son los llamados síndromes somáticos funcionales (ver tabla 1). Un tercer grupo, donde se objetivan signos y hay lesión de órgano, pero como factor etiopatogénico se postula que el factor psicológico o de estrés es muy determinante: los llamados trastornos psicósomáticos. En realidad según el modelo general de enfermedad, todas las enfermedades tienen un componente psicológico y todas serían psicósomáticas.

Pero no es solo la ausencia de enfermedad lo que ha determinado promulgar los trastornos somatomorfos, sino cómo el individuo expresa, piensa y actúa ante el síntoma. Si bien los principales criterios establecidos para el diagnóstico han sido la ausencia de explicación médica y un número determinado de síntomas que afectaban a varios sistemas, en la nueva clasificación del DSM-V (4) se modifica esta visión y se hace hincapié en la primacía de lo emocional-cognitivo-conductual y queda suprimido el listado de síntomas, siendo suficiente uno solo. Tiene que haber un estado ansioso general, con una preocupación excesiva por estar enfermo y que afecta claramente al funciona-

miento general. Si el componente de preocupación por poder estar enfermo es el que predomina (teniendo pocos síntomas o variables de intensidad de la fisiología normal) estaremos ante un trastorno de ansiedad por enfermedad (antigua hipocondría). Si el síntoma es de tipo motor o sensitivo, se denomina trastorno de conversión. Si los síntomas o signos son provocados de forma consciente para obtener el rol de enfermedad para ganancias secundarias, estamos ante el trastorno facticio. Y toda enfermedad que empeora a causa de causas psicológicas, se encuadra en el grupo de factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas.

3. UN MODELO EXPLICATIVO

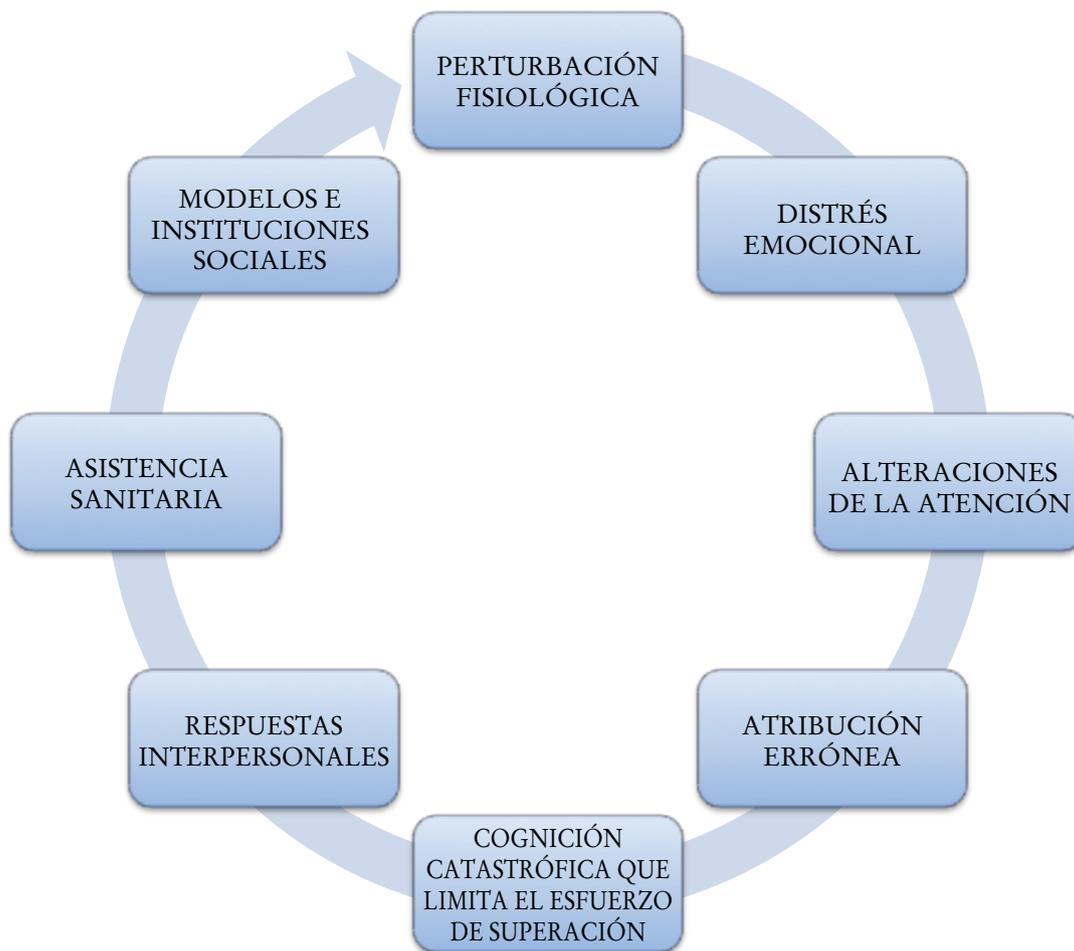
Podemos tener no obstante un modelo de “circuito cerrado” donde poder comprender el fenómeno de la somatización (5) (ver figura 1). En primer lugar una perturbación fisiológica resultado de las alteraciones funcionales del sistema nervioso autónomo y de otros sistemas reguladores que intervienen en el mecanismo motor visceral, el dolor y otros sistemas sensitivo-motores. En segundo lugar el distrés emocional en forma de trastorno afectivo o de ansiedad, o bien de otros tipos de excitación emocional y distrés que no alcanzan el umbral de un diagnóstico clínico. Luego las alteraciones de la atención, con un excesivo centramiento en todo lo corporal. El otorgamiento de una cualidad catastrófica o la aparición de cualquier otro tipo de cognición patológica que socava los esfuerzos de superación y potencia las expectativas negativas asociadas a los síntomas. Las respuestas interpersonales que pueden reforzar las expresiones verbales y comportamentales específicas del distrés emocional. La asistencia sanitaria, la discapacidad y otras respuestas sistémicas que investigan, diagnostican, legiti-

Tabla 1. Ejemplos de síndromes funcionales somáticos descritos por especialidad

ESPECIALIDAD	SÍNDROME FUNCIONAL
Gastroenterología	Colon irritable, dispepsia no ulcerosa
Ginecología	Dolor pélvico crónico
Reumatología	Fribromialgia
Neumología	Síndrome de hiperventilación
Neurología	Cefalea tensional
Otorrinolaringología	Globus faríngeo
Cardiología	Dolor precordial atípico
Ortopedia	Dolor lumbar crónico
Miscelánea	Síndrome de fatiga crónica

Tomada de Guzmán Guzmán, R. Rev Clin Med Fam 2011; 4 (3): 234-243.

Figura 1. Efectos de circuito cerrado



Tomado de Laurence J. Kirmayer, M.D. Norman Sartorius, M.D., Ph.D. Modelos culturales y síndromes somáticos. Manifestaciones somáticas de los trastornos mentales. Perfeccionamiento de la agenda de investigación para el DSM-V. Elsevier Masson 2009.

man y ratifican los síntomas. Modelos e instituciones sociales y culturales más amplios que sancionan las formas específicas de hablar acerca de la enfermedad corporal y de responder a ella.

4. UN SUSTRATO BIOLÓGICO, LA PERSPECTIVA PSICOINMUNITARIA:

La psiconeuroinmunología estudia las interacciones entre el sistema nervioso central y el sistema inmunitario. Dos ideas quisiera exponer sobre este tema. La primera el concepto de “*agotamiento vital*” y su relación con la elevación de las citocinas proinflamatorias. Es una situación de sensación de disminución de energía, malestar general y depresión menor

a lo largo de semanas y que se ha visto por ejemplo relacionada con la aparición del infarto de miocardio (6) o también en pacientes con cáncer de mama durante años después de realizar el tratamiento quimioterápico y radioterápico (7). La sensación de agotamiento vital es muy típica en trastornos como la fibromialgia o el síndrome de fatiga crónica.

La segunda idea es el llamado “*comportamiento de enfermedad*” explicado mediante las citocinas proinflamatorias cerebrales. Además de su función en la producción de fiebre, también son responsables de los componentes subjetivo y comportamental de la enfermedad. Normalmente el comportamiento de enfermo inducido por citocinas es reversible tras la resolución del proceso infeccioso, pero puede persistir en las situaciones en las que el sistema inmunitario muestra una

activación crónica y en individuos vulnerables puede acabar provocando una depresión mayor (8). La sensibilización cruzada jugaría un papel esencial, es decir, tras la estimulación por una infección o un traumatismo no infeccioso se crearía una situación de sobreactivación ante cualquier nueva noxa y sería la responsable de muchos de los síntomas de la somatización (8).

5. ACTUACION CLÍNICA

¿Cómo actuar en nuestro ámbito clínico? Ofrecemos una pauta general de actuación:

- Ver si estamos ante un trastorno facticio. La actuación será totalmente diferente: aquí hay un acto intencionado, con un objetivo de beneficio secundario.
- Hay somatizaciones transitorias relacionadas con claros eventos vitales que no adquieren el calificativo de trastorno.
- El trastorno tiene que tener una evolución de más de 6 meses.
- Una vez establecido un trastorno de síntomas somáticos, entender que realmente percibe el disconfort del síntoma y hacer una actuación médica habitual en cada visita de forma rápida: anamnesis y exploración. Luego es útil hacer una psicoeducación general con los mensajes de “no todo síntoma tiene detrás una enfermedad”, “la duración y no progresión indican proceso no maligno”, “nos preocupamos por ti y te haremos seguimiento periódico...”. No aconsejamos en una primera fase señalar que la causa es psicológica, ya que probablemente encontraremos rechazo. Establecer un calendario de citas de seguimiento, por ejemplo, quincenal, puede ser muy útil.
- En cuadros de tipo doloroso, se podría intentar un tratamiento psicofarmacológico, principalmente un antidepresivo dual tipo venlafaxina o duloxetina o antiepilépticos tipo gabapentina o pregabalina.
- Si la ansiedad asociada es importante, podríamos ensayar paroxetina. Desaconsejamos el uso crónico de benzodiacepinas en el ámbito penitenciario.
- En casos seleccionados, donde la sintomatología adquiere la forma de un trastorno delirante de tipo somático, utilizar un antipsicótico atípico. Lo pensaremos cuando la idea de enfermedad adquiere un alto grado de convicción, es inflexible, rechaza el debate, piensa en un agente externo como responsable, el sujeto se torna más introvertido e ensimismado...

CONCLUSIONES

Nuestra consideración de los trastornos somatomorfos debe evitar el dualismo mente-cuerpo, teniendo una visión unitaria psicósomática y aceptar el hecho de la complejidad del fenómeno mental. Actualmente tenemos modelos explicativos de tipo circuito cerrado que nos ayudan a comprender la aparición de la somatización, con gran importancia de la amplificación sensorial. Quizás la hipótesis psiconeuroinmunitaria sea la vía etiopatogénica de más relevancia en estos momentos, aunque estamos lejos de encontrar citocinas específicas con las que se pueda actuar como diana. Con estas consideraciones y una serie de habilidades de entrevista clínica y actuación terapéutica podemos tener las herramientas necesarias para el manejo de este enigmático trastorno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Espinosa M, Herrera R. Análisis de la demanda y respuesta terapéutica en la relación asistencial establecida entre los centros penitenciarios Puerto-I y Puerto-II con el ESM Bahía en el periodo 1989-2000. En: La atención a la salud mental en la población reclusa. Madrid: AEN estudios/30; 2003.
2. Bernardo M, Cubi R. Detección de trastornos psicopatológicos en atención primaria. Madrid: sociedad catalana de medicina psicósomática; 1984.
3. García-Campayo J. Unexplained physical complaints amongst prison inmates: diagnosis and treatment. *Rev Esp Sanid Penit* 2007; 9: 83-89.
4. American Psychiatric Association, 2014. DSM-V: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ª edición. Tomo 1. Editorial médica panamericana.
5. Laurence J. Kirmayer, M.D. Norman Sartorius, M.D., Ph.D. Modelos culturales y síndromes somáticos. En: Manifestaciones somáticas de los trastornos mentales. Perfeccionamiento de la agenda de investigación para el DSM-V. Elsevier-Masson 2010.
6. Appels A: Mental precursors of myocardial infarction. *Br J Psychiatry* 156: 465-471, 1990.
7. Collado-Hidalgo A, Bower JE, Ganz PA, Cole SW, Irwin MR: Inflammatory biomarkers for persistent fatigue in breast cancer survivors. *Clin Cancer Res* 12: 2759-2766, 2006.
8. Dimsdale JE, Dantzer R. Un sustrato biológico para los trastornos somatomorfos. En: Manifestaciones somáticas de los trastornos mentales. Perfeccionamiento de la agenda de investigación para el DSM-V. Elsevier-Masson 2010.

DetECCIÓN DE ENFERMEDADES IMPORTADAS. Estrategias y recomendaciones a aplicar en el reconocimiento de ingreso en prisión

I Molina-Romero

Servei Malalties Infeccioses. Hospital Universitari Vall d'Hebrón
PROSICS Barcelona

Las últimas décadas de nuestra historia han sido testigos de importantes cambios sociales, climatológicos, científicos y demográficos entre otros.

Este es el momento de la historia en el que más gente vive fuera de su país de origen. Según datos de la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de Naciones Unidas, en 2013, unos 232 millones de personas eran migrantes internacionales, 78 millones más que en 1990 (1)

En concreto en nuestro país, según datos del Instituto Nacional de Estadística, el número de personas extranjeras residiendo en nuestro país se sitúa por encima de los 5 millones, lo que representa casi un 11% de la población total, aunque si bien es cierto que las áreas urbanas y las comunidades más ricas son las que tienen una mayor proporción de inmigrantes, llegando en ciudades como Madrid o Barcelona hasta un 14%.

Rumania, Ecuador y Marruecos son los tres países con mayor número de ciudadanos en nuestro país.

A pesar de esas tasas de inmigrantes sobre la población general, la proporción de inmigrantes en las prisiones españolas es significativamente superior a lo que cabría esperar. A fecha de enero de 2014, 20.926 personas de nacionalidad extranjera (un 31.4% del total) estaban reclusas en instituciones penales de toda España, de los cuales 19302 (92%) eran hombres.

Sin entrar a analizar el motivo de estas discrepancias entre los porcentajes de extranjeros dentro y fuera de los centros, el hecho de que casi 3 de cada 10 reclusos sea inmigrante es lo suficientemente importante como para tenerlo en cuenta.

Dentro del contexto actual de restricciones en materia de salud, podría suponer un importante perjuicio tanto para los propios reclusos como para toda

la comunidad, pero al menos la atención sanitaria en las prisiones está garantizada por ley (LOGP 1/1979) y en la actualidad es responsabilidad del Ministerio del Interior en lo que se refiere a la atención primaria, en lo que concierne a la atención especializada y hospitalaria depende del Servicio Nacional de Salud o de las Instituciones de las Comunidades Autónomas con esta responsabilidad transferida, a través de convenios y en ocasiones también mediante contratos con proveedores privados. (2)

Cuando pensamos en posibles patologías que pueden sufrir estas personas rápidamente se nos vienen a la cabeza enfermedades básicamente infectocontagiosas, y dentro de estas, posiblemente algunas consideradas como patología tropical o patología importada.

El término patología importada ha adquirido una gran importancia en las últimas décadas. El concepto de patología importada es muy amplio y abarca a un gran número de enfermedades. Hace referencia a aquellas enfermedades que suelen ser adquiridas en otros países, y que se manifiestan en otros donde o no son endémicas o se consideraban erradicadas o simplemente su prevalencia se estima muy baja.

Si bien los numerosos documentos publicados acreditan que el inmigrante es una persona joven y sana, estos datos hay que considerarlos con cierta prudencia y contexto. Sí que es cierto que para afrontar el reto de la migración la persona en cuestión ha de tener una buena salud, pero sin duda hay que conocer desde qué realidad parte esta persona. Las conclusiones de los múltiples trabajos publicados están extraídos de un grupo de población que demanda de forma activa la consulta médica, pero muchas veces su propia realidad social limita la aproximación al sistema sanitario, ya sea por la pobre disponibilidad de horarios,

su situación de irregularidad, la barrera idiomática y el miedo de incorporarse a un sistema sanitario con unas estructuras diferentes y una serie de circuitos desconocidos. Por tanto hay toda una serie de factores propios de esta población que no permite que conozcamos la prevalencia real de enfermedades y sus percepciones de salud y otros aspectos subjetivos sobre la enfermedad.

Existen escasos trabajos que hayan hecho un abordaje sobre este tipo concreto de patologías en este grupo poblacional tan concreto, siendo la mayoría casos aislados o series antiguas poco representativas de lo que sucede realmente. (3,4)

A pesar de que la mayoría de estas enfermedades no suponen un riesgo para la salud pública, sí que pueden llegar a comprometer la vida del paciente. La gran mayoría de infecciones tropicales son de curso natural limitado en el tiempo en ausencia de reinfecciones. No obstante, algunas pueden perdurar de forma subclínica durante más de 40 años (estrongiloidiasis, enfermedad de Chagas, esquistosomiasis) o pueden manifestarse muchos años después de estar residiendo en una zona no endémica (histoplasmosis, HTLV-1) (5).

Factores como las condiciones de la reclusión, alimentación o coinfecciones con otras patologías prevalentes en este colectivo, como es la infección por VIH pueden llegar a suponer una modulación de la expresión de estas enfermedades incluso una reactivación de parasitosis latentes. (nano). Estos determinantes se podrían aplicar a reclusos que llevasen años en nuestro país, pero hoy en día también se podría dar el caso de personas recién llegadas de sus países de orígenes que son detectadas al traspasar las fronteras y derivadas al centro penitenciario en relativo corto periodo. En esta situación, el tiempo de incubación necesario para la manifestación de la enfermedad puede transcurrir durante el tiempo que la persona permanece internada.

En resumen, podemos decir que, en el escenario actual, donde la proporción de pacientes extranjeros en los centros penitenciarios está de promedio por encima del 30%, el diagnóstico y manejo de patología tropical supone un desafío tanto médico como de salud pública para los profesionales sanitarios de los centros. Revisión de los protocolos de cribado de los internos, adecuación de los contenidos y una evaluación de la actual carga de enfermedad de estos tipos de población se hacen necesarios para poder ofrecer una asistencia equitativa a los reclusos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. United Nations. International migration [Internet]. Geneva: United Nations; 2013 [8 sept. 2014]. [1 scroll]. Disponible en: <http://esa.un.org/unmigration/TIMSO2013/migrantstocks2013.htm?msdo>.
2. Arroyo JM. Algunos aspectos de la sanidad penitenciaria en los países miembros de la Unión Europea. *Rev Esp Sanid Penit* 2001; 3: 77-89 31.
3. Bedoya del Campillo A, Martínez-Carpio PA, Leal MJ, Lleopart N. Diagnosis and treatment of bladder schistosomiasis from penitentiary primary care: case report. *Rev Esp Sanid Penit*. 2012; 14(2): 62-6.
4. Alonso-Sanz M, Chaves F, Dronda F, Catalán S, González-López A. Intestinal parasitoses in the prison population in the Madrid area (1991-1993). *Enfermedades Infecc Microbiol Clínica*. febrero 1995; 13(2): 90-5.
5. Salvador F, Molina I, Sulleiro E, Burgos J, Curran A, Van den Eynde E, et al. Tropical diseases screening in immigrant patients with human immunodeficiency virus infection in Spain. *Am J Trop Med Hyg*. junio de 2013; 88(6): 1196-202.

Vigilancia Epidemiológica y Educación para la salud en Enfermedades Emergentes. El rol de Enfermería

H Ouarab

Unidad de Salud Internacional. Drassanes - Vall d'Hebrón. Barcelona

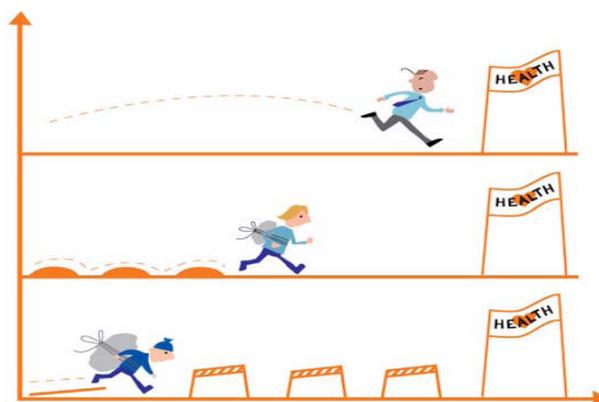
El proceso migratorio a España y a Catalunya ha provocado una transformación considerable de diferentes ciudades, que en menos de 10 años han pasado de tener 10 a 20 nacionalidades a tener más de 100. Este fenómeno migratorio ha transformado la realidad social generando nuevos retos y nuevas necesidades que afectan los diferentes ámbitos (Educación, demografía, economía, vivienda, justicia, salud...) que hicieron necesario no solo un diagnóstico de necesidades pero también de servicios.

A pesar de la complejidad de los fenómenos globales de las migraciones y la salud, la mayoría de los debates y recerca giran en torno de 3 ejes principales: emergencia y reemergencia de las enfermedades infecciosas, la salud mental y la atención socio sanitaria transcultural. En estos 3 ejes tienen especial relevancia las enfermedades infecciosas importadas y las posibles consecuencias psicopatológicas que pueden tener los procesos migratorios. Al mismo tiempo, los profesionales de la salud se sienten desconcertados por lo que cada vez era más evidente: que para tener más salud es preciso un cambio en la orientación del sistema, desde el paradigma biomédico a una visión más holística de la salud.

¿Realmente tendría sentido invertir en tratamientos complejos y cada vez más sofisticados si no se dedicara un esfuerzo en evitar la aparición o la evolución de esa misma enfermedad?

Somos conscientes que para alcanzar la salud, los distintos grupos sociales se enfrentan a diferentes barreras: algunas personas nacen con mayores oportunidades y es más fácil para ellos lograr buena salud, “tienen la carrera ganada”, mientras que otros nacen con cargas o desventajas adicionales y tienen que “saltar obstáculos” durante toda su vida y acumulan desventajas a lo largo de la misma. La siguiente figura ilustra de forma clara este concepto de gradiente social de la salud.

Esquema explicativo de las desigualdades sociales en salud



Fuente: Norwegian Ministry of Health and Care Services (2006). National Strategy to Reduce Social Inequalities in Health. Report No. 20 (2006–2007) to the Storting.

En los estudios de inmigración y salud hay que añadir un grado de complejidad tal como al ser consciente que el efecto de la migración sobre la salud varía según quien migra, cuándo migra, cómo, adónde y de donde migra, por qué inmigra, qué aspecto de la salud se contempla y cómo influye sobre la salud... entendiéndola la salud en el sentido más holístico.

La incorporación de esta visión más holística, no meramente biomédica, del concepto de salud, ha ampliado el abanico de estos temas estudiados yendo más allá de las enfermedades infecciosas, de la vigilancia epidemiológica, hacia el concepto de vigilancia en salud pública abarcando procesos educativos en promoción de la salud. En la Ley de salud pública de Catalunya de 2011, la promoción de la salud incluye las acciones dirigidas a *incrementar los conocimientos y capacidades de los individuos*, así como modificar las condiciones sociales, laborales, ambientales y económicos, con el fin de favorecer su impacto positivo en la salud individual y colectiva.

La inmigración plantea para el sistema sanitario el reto de prestar unos servicios acordes con los gradien-

tes / circunstancias socio sanitarias reconociendo sus diferencias culturales.

Existen, por otra parte, una serie de aspectos comunes entre grupos de diferentes comunidades inmigrantes:

Una serie de patologías específicas que requieren una atención sanitaria especializada relacionada con patologías tropicales e importadas.

- Una mayor vulnerabilidad frente a ciertas patologías tanto de tipo físico (tuberculosis, ITS's,) como psicológico, provocada por factores relacionados con las dificultades y situaciones que se dan en el proceso de migración y/o asentamiento.
- Es frecuente que existan mayores desigualdades sociales (debidas al contexto legal que regula la extranjería, bajo poder adquisitivo, diferencias en percepciones y actitudes frente a la enfermedad y a la salud en general...) que facilitan una situación de vulnerabilidad.
- El interés hacia la salud se centra casi exclusivamente en aspectos asistenciales y no de prevención/educación ya que no es una de las principales preocupaciones o prioridades.

“En mi opinión, la medicina tropical debe definirse como ‘el arte de hacer medicina en unas circunstancias adversas’. Adversas son las posibilidades económicas de los hospitales y de las comunidades, los medios de diagnóstico y tratamiento, las condiciones climatológicas y sociológicas, el desconocimiento del idioma y de la cultura, etc. Esta definición hace, además, que el concepto de trópico no se limite a un término meramente geográfico, sino que se refiera a unas condiciones de pobreza y de carencias propias de las comunidades más pobres” Dr. José Luis Bada, fundador de la Unidad de Medicina Tropical de Drassanes”.

En el contexto de esta diversidad cultural en el que vivimos actualmente se ha de valorar las creencias y valores de las personas para así poder proporcionar atención integral, efectiva, satisfactoria y coherente con esta diversidad, donde **el profesional de enfermería ocupa un lugar destacado en el desarrollo de procesos educativos en promoción de la salud.**

Madeleine Leininger fundadora de la enfermería transcultural sostiene que los elementos que distinguen de forma genuina a la enfermería de las contribuciones de otras disciplinas, es un conocimiento y **una práctica asistencial basada en la cultura.**

Prácticas que requieren de una organización de los equipos y sobre todo de la capacitación y moti-

vación de los profesionales como piezas claves para llevar a cabo este proceso promotor de la salud en un contexto de diversidad cultural.

Esta capacitación formativa debería legitimar a la enfermera para la asunción de un mayor número de responsabilidades enmarcadas en el ámbito de sus competencias y funciones y dotarle de mayor autonomía para llevar a cabo el proceso de cuidar.

Un proceso que requiere la implementación de programas de educación para la salud y constituye el primer paso para lograr mejorar la salud de la comunidad. Es, sin duda, el baluarte de la salud pública.

Considerando la educación para la salud desde sus dos vertientes o dimensiones: como un fin, que consiste en proporcionar a la población los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para la promoción y protección de la salud (Individual, familiar y de la comunidad) y como un medio, que contribuye a capacitar a los individuos para que participen activamente en definir sus necesidades y elaborar propuestas para conseguir unas determinadas metas en salud.

Desde nuestra experiencia de trabajar con comunidades inmigrantes residentes en entornos vulnerables en Barcelona, para trabajar en este campo hay de promover la participación comunitaria para la construcción de una comunidad capaz de identificar conjuntamente con la administración y otros sectores, sus problemas y necesidades, establecer prioridades, elaborar propuestas y contribuir a la toma de decisiones.

Habitualmente solemos quejarnos de que la gente no participa y de que la intervención comunitaria requiere de un voluntarismo militante. Cuando esto sucede es porque nuestro planteamiento no ha sido el más adecuado, porque no nos hemos planteado un proceso real de cesión de poder, de **empoderamiento de la comunidad**, y así sólo conseguimos que la comunidad “consume” productos (va a la consulta, lee el folleto, acude al concierto, a la charla de educación sanitaria, etc.).

Otra razón para trabajar desde la comunidad es el hecho que las definiciones y percepciones de la comunidad influyen en gran medida en el contexto de salud de las personas inmigrantes. A partir de aquí, se debería realizar una identificación de personas claves que pertenecen a la población diana, que sean capaces de desarrollar un trabajo de proximidad a esta comunidad. Estas personas harían las funciones de agentes comunitarios de salud (A.C.S). En el proceso de selección de estas personas la enfermera comunitaria tiene un rol importante, ya que mantiene un contacto directo con estas personas. En la selección sería importante dar más peso a las habilidades comunicativas

y a la facilidad de contacto con la comunidad que a los conocimientos previos sobre salud. El A.C.S es una persona que pertenece a la misma comunidad, por lo tanto, conoce el entorno, sus necesidades, su problemática, el tipo de relaciones que se establecen, el lenguaje, códigos, otras formas de comunicación y siempre esta más cerca y en permanente contacto con la comunidad. Por ejemplo, diferentes estudios aportan datos sobre el impacto que tiene la participación del A.C.S en los programas de asistencia y prevención de la tuberculosis.

Al iniciar un Programa de educación para la salud con y para una comunidad es necesario plantearse los siguientes interrogantes: qué conocemos de la comunidad; qué comunidades inmigrantes existen; cuáles son los principales necesidades de salud en nuestra comunidad; qué prioridades tiene; qué conocemos del tema que vamos a investigar; existen procesos participativos en marcha; a través de qué mecanismos hemos definido el tema que nos interesa investigar; si responde a una necesidad sentida por la comunidad, por nosotros, por la administración; qué papel ocupamos en la red comunitaria; con quién nos relacionamos, qué capacidad de acceso tenemos al colectivo que nos interesa; qué espacios de participación vamos a incorporar al proceso, cómo se puede movilizar a las comunidades, qué fuentes de financiación, propias o externas se pueden utilizar en el programa, etc.?

Pero, ¿es necesario trabajar estos temas en el medio penitenciario? ¿son modelos extrapolables a este medio?

Según el anuario estadístico 2013 del Ministerio del Interior, el aumento del número de reclusos extranjeros ha sido constante en los últimos años. En enero de 2001 la cifra se situaba en 11.095, años después, se ha aumentado hasta alcanzar 27.162 en el año 2009, que representaba un 35,7 % sobre el total de la población reclusa. Aunque se observa un descenso consecutivo del número de internos extranjeros a partir del año 2010, la población reclusa extranjera al final del año 2013 sigue representando un 31,6% sobre el total, lo que corresponde a un interno extranjero por cada tres. Por nacionalidades, destaca el porcentaje de internos procedentes de Marruecos (27,7%), Rumania (10,8%), Colombia (10,7%), Ecuador (5,5%), Nigeria (2,4%) y Argelia (3,1%).

Aunque parece evidente que la situación de privación de libertad no es la más adecuada para conseguir que los individuos adopten conductas de vida saludables, ya que se encuentran en una situación

que no han elegido voluntariamente, sin embargo, la prisión constituye en muchos casos su primer contacto con el sistema sanitario y/o educativo y por tanto debe ser aprovechada para conseguir estimular en ellos la participación en los programas de educación para la salud.

No hay que olvidar que **la prisión es una comunidad**, y que la consulta de enfermería es mucho más que un espacio físico, es un lugar de toma de contacto, de acogida, donde la enfermera debe mantener un equilibrio entre los aspectos éticos profesionales, sus propias creencias y las normas legales que tienen un peso específico muy grande es este medio. Es en la consulta donde **la enfermera recopila datos y detecta necesidades y problemas reales** de esta comunidad a través de un proceso circular de comunicación desde una visión holística. Esta fase de recopilación de datos es una de las fases más importantes en la vigilancia de salud pública con un valor añadido de la visión holística que tienen estos profesionales de enfermería.

El hecho de saber que una mujer latinoamericana procedente de zona afectada por la enfermedad de Chagas, que no quiere realizar la prueba diagnóstica para la detección de esta enfermedad porque dice “si tengo chagas es mejor que me muera” o el hecho de saber la ruta migratoria de un inmigrante... son aspectos subjetivos que se puede desvelar en la consulta, muy importantes para la detección, seguimiento, control o prevención de algunas enfermedades importadas de interés de salud pública. Además, si contamos con unos agentes comunitarios de salud, reclusos que están más cerca y en permanente contacto con esta comunidad penitenciaria nos facilita este acercamiento.

Según un estudio realizado durante 2007-2008 por el Grupo de Trabajo de Enfermería de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (GESESP), sobre realidad laboral y profesional de la enfermería en las prisiones españolas; consta que la actividad que supone una mayor carga de trabajo es la preparación y reparto de medicación (70%), seguida por los programas sanitarios (11%), las técnicas de enfermería (10%) y por último las consultas de enfermería (3%). Mientras que las actividades que parecen más gratificantes son en primer lugar las consultas de enfermería (33%) seguidas por las técnicas de enfermería (31%), los programas sanitarios (11%) y en el último lugar la preparación y reparto de medicación (1%).

Entonces ¿realmente esta potenciado el papel de los enfermeros del ámbito penitenciario, para intervenir con y en esta comunidad? y ¿está proporcionada

do y reconocido a estos profesionales de enfermería los conocimientos específicos que dicho ámbito requiere?

En prisión se dan una serie de factores que pueden facilitar el desarrollo de actividades comunitarias dirigidas a promover la salud, que transversalmente incluyan temas vinculados a la diversidad cultural adaptadas a la realidad penitenciaria.

Entre estos factores cabe destacar la facilidad de acceso a la población frente a la dificultad que supone acceder a la misma en el exterior, la presencia de una variedad de profesionales (sanitarios, docentes, educadores, psicólogos, asistentes sociales,...) por lo que pueden aportar un conocimiento real y ajustado de los problemas y necesidades específicas de esta población, la diversidad de la comunidad de internos con toda su potencial y los recursos extra penitenciarios.

No olvidamos que los componentes de la comunidad reclusa son personas. Con su historia, sus habilidades, sus profesiones u oficios, sus niveles de estudios, sus conocimientos, su capacidad creadora, su disponibilidad a ser útiles, a colaborar en programas o planes comunitarios en los que la salud sea un elemento importante, o un elemento más para mejorar su calidad de vida y que disponen de muchas horas libres al día que pueden ser ocupadas en esta materia.

Sabiendo que en muchos casos la población ingresada, presenta una alta prevalencia de factores de riesgo para determinadas enfermedades y unas condiciones sociales y educativas poco favorables, lo que les hace candidatos idóneos para la participación y la implicación en estos programas como agentes comunitarios de la salud.

Para finalizar, un equipo de salud que desee impulsar un proceso de participación comunitaria debe tener en cuenta los elementos estructurales que determinan y condicionan la vida de las personas y la propia acción comunitaria. Hay que tener en cuenta que, más allá del papel que puedan desempeñar iniciativas puntuales, nos encontramos ante una serie de necesidades que requieren una respuesta global y sostenida por parte de las estructuras públicas. Lo que requiere la coordinación de los centros penitenciarios con los servicios de salud comunitarios.

Quizás antes de contestar la pregunta ¿si estos modelos de trabajo son extrapolables a la comunidad penitenciaria? deberíamos reflexionar sobre el reconocimiento y la visibilización de uno los profesionales claves en este modelo: el del profesional de enfermería integrado en la enfermería comunitaria...

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bada JL. Enfermedades importadas y geografía médica. Col. Monografías Clínicas en Enfermedades Infecciosas. Madrid: Doyma, 1989.
2. Grupo de Trabajo de Enfermería de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (GESESP). Disponible en: <http://www.sesp.es/sesp/R385/portada/inicio>
3. Avaria Saavedra A, Gómez i Prat J. "Si tengo Chagas es mejor que me muera". El desafío de incorporar una aproximación sociocultural a la atención de personas afectadas por Enfermedad de Chagas. *Enf. Emerg.* 2008; 10(S1): 40-45.
4. Claveria I, Serre N, Coma N, Treviño B, Gomez i Prat, Grupo de trabajo de salud comunitaria. Impacto de la participación del Agente Comunitario de Salud en la prevención de la tuberculosis importada en la Unitat de Medicina Tropical i Salut Internacional Drassanes, Barcelona. *Enf Emerg.* 2006; 8(3): 173-178.
5. Ospina JE, Orcau A, Millet JP, Sánchez F, Casals M, Caylà JA. Community health worker improve contract tracing among immigrants with tuberculosis in Barcelona. *BMC Public Health.* 2012; 12: 158. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/158>.
6. Roca M, Caja C, Úbeda I. Elementos conceptuales para la práctica de la enfermera comunitaria. Barcelona: Monsa DL, 2005.
7. Serrano MI. Educación para la salud y participación comunitaria. Madrid: Díaz de Santos, 1990.
8. Islam MA, Wakai S, Ishaikawa N,. Cost-effectiveness of community health workers in tuberculosis control in Bangladesh. *WHO Bulletin.* 2002; 80(6): 445-50.
9. Singh P, Ph.D, Chokshi DA. Community Health Workers – A Local Solution to a Global Problem. *N Engl J Med.* September 2013; 369: 894-6.
10. Organización Mundial de la Salud. "Educación para la salud". Manual sobre educación sanitaria en Atención Primaria de salud; 1989.
11. Mc Closkey JC, Bulechek GM. Clasificación de intervenciones de Enfermería. Madrid: Harcourt, 2004.
12. Marchioni M. Comunidad, participación y desarrollo. Teoría y metodología de la intervención comunitaria. Madrid: popular, 1999.
13. Alfaro-Lefevre R. Aplicación del proceso enfermero. Barcelona: Doyma-Masson, 1992.
14. Garcia Suso A, Vera Cortés M, Campos Osaba MA. Enfermería Comunitaria. Bases teóricas. Madrid: DAE, 2000.

Prevención y manejo de la hepatitis B en las cárceles de Ginebra, Suiza: facilidad entre barreras – una síntesis narrativa de la práctica actual

L Gétaz¹, Nt Tran^{1,2}, H Wolff¹

¹ Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaire, Hôpital Universitaire de Genève, Genève, Suisse.

² School of Public Health and Community Medicine, Faculty of Medicine, University of New South Wales, Sydney, Australia

RESUMEN

La hepatitis B (HBV) constituye un problema sustancial de salud pública y el riesgo de contraer HBV en la cárcel y durante los meses posteriores a la liberación es alto. En la cárcel preventiva de Ginebra la prevalencia de HBV crónica es 20 veces más alta que dentro de la población general de Suiza, afectando principalmente a los inmigrantes encarcelados.

Las acciones realizadas en la prisión preventiva de Ginebra para el control de la hepatitis B en los presos y profesionales trabajando con ellos, engloban la prevención, la educación, la vacunación, el despistaje y el tratamiento. Estas acciones se basan en las guías nacionales y son adaptadas a los datos epidemiológicos confirmados en estudios científicos. La prisión representa una oportunidad única para intervenciones de control de la HBV, en una población vulnerable con acceso limitado a la atención médica en la comunidad.

Sin embargo, las estrategias deben ser mejoradas para hacer frente a varios desafíos, tales como las barreras del idioma o la continuidad de la atención. La prisión es un paso intermedio para estas personas. Así, la implementación de programas de educación y de prevención dirigidos a los presos protege igualmente a toda la comunidad.

INTRODUCCIÓN

La hepatitis B (HBV) constituye un problema importante de salud pública en todo el mundo a pesar de la existencia de una vacuna segura y eficaz.

Los estudios revelan que la proporción de presos que tienen una hepatitis B crónica es más elevada que dentro de la población general en los países occidentales: por ejemplo en Dinamarca 4.4% de los presos tienen hepatitis B crónica, y 6.5% en Bélgica y Grecia. La prevalencia de anti-HBc positivos, lo que indica una infección crónica o resuelta, es también elevada en las cárceles de Europa, hasta un 57.6% en Grecia ^{1,2}.

La incidencia de infecciones por HBV en las prisiones es importante y se estima entre el 0,8% y el 3,8% por año en las cárceles de los Estados Unidos ³. La promiscuidad, la inyección de drogas endovenosas, el tatuaje y las altercaciones violentas favorecen en este entorno la transmisión ^{1,4,5}. La incidencia en el período después del encarcelamiento es también im-

portante en el contexto de un aumento de conductas de riesgo (usuarios de drogas inyectables y el comportamiento sexual riesgoso) ⁶. Crofts y colaboradores demostraron en Australia que la incidencia anual de la hepatitis B entre dos encarcelamientos fue del 12,6%, resultado que demuestra la importancia de aprovechar del periodo de encarcelamiento para vacunar los susceptibles ⁷.

En las prisiones, la estrategia de control de la hepatitis B debe ser pensada de acuerdo a la situación local, dada la variabilidad epidemiológica entre los países y el origen de los detenidos, y en función de los recursos disponibles. A continuación, describimos el manejo de la hepatitis B en la cárcel de Ginebra que es la cárcel preventiva más grande de Suiza, donde un programa de atención médica afiliado al hospital universitario ofrece servicios que son gratuitos para los detenidos, respetando el principio de equivalencia de atención médica. Esta prisión está caracterizada por una mezcla de culturas y una sobrepoblación

importante. Inicialmente construida para alojar a 370 detenidos, alberga actualmente a 900 detenidos, de los cuales el 90 % son inmigrantes.

Se describe la epidemiología de la hepatitis B, el algoritmo para el despistaje serológico y la vacunación, los programas educativos, el manejo de los presos con hepatitis B crónica, sin olvidar los programas de protección dirigidos a los profesionales que trabajan en esta prisión.

Epidemiología de la hepatitis B en la cárcel preventiva de Ginebra

En 2009 y 2011, se realizó un estudio transversal descriptivo en la población carcelaria preventiva de Ginebra, analizando los marcadores serológicos de la hepatitis B. Los objetivos del estudio fueron determinar la prevalencia de HBV y sus factores asociados, y también determinar el conocimiento de los modos de transmisión y protección. Mediante un cuestionario estandarizado, se evaluaron las características socio demográficas y el conocimiento de la transmisión del VHB y modos de protección. 273 detenidos representativos de la población penitenciaria de esta cárcel participaron. 90% fueron inmigrantes (38% procedentes de Europa Central y del Este, 28% de África subsahariana, 14% de África del Norte, 9.5% de América latina, 1% de Asia). 5.9% de presos tienen marcadores de hepatitis B crónica; de ellos, el 87,5% desconocía su infección antes de la prueba de sangre. 32.4% tienen una hepatitis B resuelta y 14% tienen marcadores de vacunación. Así 48% son susceptibles. Se demostró una asociación significativa entre la región de origen y el marcador anti-Hbc de infección por hepatitis B: 72% de los presos procedentes de África subsahariana tiene anti-HBc positivos, 35% en los procedentes de países de Europa Central o del Este, y 13% en los de otras regiones (África del Norte, América latina y Europa del Oeste). En cuanto a los marcadores de la hepatitis B crónica, el 15.6% de las personas de África subsahariana tienen antígenos de superficie positivos, mientras que sólo el 2% de las personas de otros orígenes son positivos. La edad, el número de parejas sexuales, el uso de preservativos, relaciones sexuales con trabajadoras sexuales y el nivel de educación no fueron factores asociados con la infección. Concerniente al conocimiento de los modos de transmisión de HBV, hay solamente una minoría de presos, entre 20 a 30%, que saben que este virus se transmite durante relaciones sexuales no protegidas, con agujas de inyección contaminadas, por intercambio de cepillo de dientes o afeitador o con equipos de tatuaje no estériles⁸.

Despistaje y vacunación de la hepatitis B en la cárcel preventiva de Ginebra

Los resultados del estudio serológico demostraron una alta prevalencia de infección por hepatitis B en los presos procedentes de África subsahariana y de algunos países de Europa del Este (Albania, Georgia y Bulgaria). Estos resultados son confirmados por las observaciones epidemiológicas que comparan los países a nivel mundial⁹⁻¹¹. De esta manera ajustamos la estrategia de despistaje de la hepatitis B mediante marcadores serológicos de acuerdo con el origen de las personas.

A las personas procedentes de África subsahariana y de 3 países de Europa del Este (Albania, Georgia y Bulgaria), se propone la realización de la serología anti-HBc (completada por el antígeno-HBs en caso de positividad). Nuestro estudio no especifica la estrategia para los presos asiáticos, dada la pequeña proporción de detenidos en Suiza provenientes de esta región. Estando dado la alta prevalencia de hepatitis B en los países asiáticos (particularmente Asia occidental y del sureste), se sugiere la indicación de despistaje para los presos procedentes de estos países⁹. A las personas susceptibles, se propone una vacunación en un esquema de dosis administradas a 0, 1 y 4 meses. Las recomendaciones proponen, por lo general, un esquema de 0, 1 y 6 meses; sin embargo, adelantar la tercera dosis no disminuye la protección a largo plazo y permite lograr una administración del esquema completo durante el periodo de encarcelamiento a más personas.

Para las personas provenientes de otras regiones, se recomienda la vacunación sistemática (0,1 y 4 meses) sin realizar serologías, estando dado la probabilidad baja de tener marcadores de exposición al HBV. La estrategia es flexible individualmente cuando una serología reciente está disponible o si la historia de vacunación ha sido comprobada. En comparación con la vacunación sistemática de todos los presos, las ventajas de esta estrategia son las siguientes: por un lado, esta estrategia identifica la gran mayoría de las personas infectadas y ofrece la oportunidad de implementar programas de educación dirigidos a los presos contagiosos; por otra parte, evita el gasto económico vacunando innecesariamente una gran proporción de las personas con marcadores de protección o de infección resuelta¹².

En la práctica, esta estrategia no se puede aplicar a todos los presos en esta prisión preventiva. En primer lugar, el 40% de los presos están encarcelados por menos de 3 meses. Por otro lado, el 74% son indocumentados, lo cual complica la continuidad de la atención en la comunidad y la administración de todas las dosis

de vacunas necesarias para garantizar la inmunidad a largo plazo. Para favorecer las posibilidades que los pacientes liberados antes del fin del esquema puedan gozar de una vacunación completa, se les proporciona una libreta de vacunación y las direcciones de los centros médicos que cuidan a las personas indocumentadas en la ciudad de Ginebra ¹³.

Educación para la salud en la cárcel de Ginebra

El estudio realizado en la cárcel preventiva de Ginebra demostró que el conocimiento de los modos de transmisión y de protección son muy deficientes ^{14,15}. A principios del encarcelamiento, todos los reclusos reciben material educativo en forma de un folleto que contiene la información acerca de varias enfermedades infecciosas, incluyendo la hepatitis B. No se evaluó el impacto de esta medida, sin embargo, los estudios realizados en otras prisiones muestran un impacto limitado. Deseamos mejorar la difusión de información, posiblemente a través de un canal de televisión interno en la prisión, o mediante póster pegados contra las puertas de los aseos o a través de otros materiales educativos. Los pacientes que son diagnosticados con una hepatitis B crónica entran en un programa educativo reforzado descrito anteriormente. Estos programas educativos deben superar las barreras del idioma, las creencias de algunos prisioneros, y ser relevantes según el nivel educativo de cada uno. En las cárceles de Ginebra, cuando los profesionales de salud no son suficientemente políglotas, traductores pueden colaborar por consultas telefónicas. El material educativo que tenemos que mejorar, debe ser simple, ilustrativo, y multilingüe.

Reducción de riesgos y daños

En la cárcel preventiva de Ginebra, se dispone de programas que han demostrado disminuir el riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sexual o por la sangre: un programa de intercambio de material de inyección, un programa de sustitución con metadona y así como el libre acceso a los preservativos ^{16,17}. El tatuaje sigue siendo una práctica prohibida pero común en la cárcel. Muchos tatuajes se practican bajo condiciones higiénicas sub-óptimas. A veces el material es intercambiado sin una desinfección adecuada entre los usuarios.

Las autoridades sanitarias de Suiza abogan por la provisión de materiales para el tatuaje en la cárcel (agujas, tinta, material de desinfección) ¹⁸. La ejecución requerirá un trabajo de comunicación y una coordinación entre las autoridades médicas y penitenciarias. El intercambio de aseo (afeitadores, cepi-

llos de dientes) también promueve la transmisión del VHB. Esta información debe ser transmitida no sólo a las personas contagiosas, sino a todos los reclusos. También se prevé proporcionar cepillos de dientes y afeitadores de diferentes colores, con el fin de limitar el riesgo de intercambio accidental.

Manejo de presos infectados con hepatitis B crónica en la cárcel de Ginebra

El manejo de las personas con hepatitis B crónica comprende tres ejes principales: la prevención, la detección de las comorbilidades y el tratamiento.

Los pacientes que son diagnosticados con una hepatitis B crónica entran en un programa educativo reforzado al fin de limitar no solamente el riesgo de propagación a las parejas sexuales y personas cercanas, pero también para limitar los factores que aceleran el desarrollo del daño hepático, como el consumo de alcohol. Durante consultas médicas individualizadas, se informa de las vías de transmisión y medios de protección, con el fin de limitar el riesgo de propagación.

La coinfección con la hepatitis D, con la hepatitis C o con el VIH genera cambios más graves de la hepatitis crónica. Estas enfermedades tienen que ser sistemáticamente despistadas y medidas preventivas adecuadas deben ser aplicadas para evitar la infección. Presos susceptibles a la hepatitis A reciben vacunas específicas. No se debe olvidar la esquistosomiasis en presos inmigrantes procedentes de regiones endémicas: la coinfección entre esquistosomiasis y hepatitis virales crónicas implica enfermedades hepáticas más severas ¹⁹. En inmigrantes procedentes de zonas endémicas (África subsahariana, Asia y unas partes de América latina), se preconiza una serología específica para esta parasitosis en caso de hepatitis viral crónica.

En respeto al principio de equivalencia en la prestación de los cuidados médicos a la población privada de libertad, evaluamos las indicaciones al tratamiento antivirales de la hepatitis B. Sin embargo, no se inicia el tratamiento en varios pacientes que tienen indicaciones terapéuticas, por varias razones. El tratamiento debe continuar durante varios años a menudo. La continuidad de tratamiento con un buen cumplimiento terapéutico es fundamental para permitir la resolución de la enfermedad crónica y para evitar la aparición de resistencias. Cuando el período de encarcelamiento es corto y cuando no se puede garantizar la continuidad de la atención después de la liberación no iniciamos usualmente la prescripción de antivirales. Dos tercios de los reclusos en la prisión preventiva en Ginebra son indocumentados; esta falta de estatus legal caracteriza la gran mayoría de los migrantes con hepatitis B crónica, procedentes de países del África

subsahariana. Después de salir de la cárcel, una vida nómada en Europa en busca de un trabajo complica la continuidad de la atención. Deberíamos mejorar la continuidad y el acceso a los tratamientos para estos pacientes no solo para disminuir las complicaciones, pero también la transmisión.

Programas de protección dirigidos a los profesionales que trabajan en la cárcel

El personal de salud atendiendo presos y el personal de vigilancia son considerados profesionales en riesgo de contracción de hepatitis B. En Ginebra, todos los profesionales de salud incluyendo los que atienden a los presos reciben las vacunas contra la hepatitis B y un control serológico de anticuerpos protectores.

Las guías nacionales también recomiendan la vacunación sistemática de todos los oficiales de detención. Sin embargo, una investigación realizada en 5 cárceles en la parte francesa de Suiza demostró que la cobertura de la vacunación es baja. Además, una alta proporción de los oficiales de detención tienen miedo de contraer la hepatitis B y una falta de conocimiento en referencia al VHB. Se demostró una asociación estadísticamente significativa entre el temor y las creencias incorrectas. A propósito de medidas de protección, el uso de guantes durante las situaciones de riesgo (por ejemplo en caso de peleas) no es sistemático^{14,15}. Los resultados del estudio fueron transmitidos a los médicos a cargo de la salud de los guardias, para fortalecer y sistematizar la vacunación y la educación. Se desarrollarán materiales educativos. Una mejora de los conocimientos de salud puede disminuir los temores, y conducir a comportamientos de salud útiles, como el uso de guantes y la vacunación.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

En la cárcel preventiva de Ginebra, la prevalencia de HBV crónica es muy alta y el lugar de procedencia de los presos es el factor de riesgo principal de infección. Los programas no sólo deben tener como objetivo la vacunación de las personas susceptibles, el despistaje y el tratamiento de los enfermos. El conocimiento de los modos de transmisión y de protección siendo muy deficientes, la educación para la salud es otra prioridad. Todos los programas que reduzcan los riesgos deben ser reforzados, como el programa de intercambio de jeringas, el acceso a la sustitución de opiáceos, la posibilidad de realizar los tatuajes en buenas condiciones y el suministro de preservativos. Para estas acciones, la prisión ofrece oportunidades

pero también desafíos. La cárcel facilita la interacción entre los pacientes y los profesionales de la salud por razones obvias relacionadas con la vida en una comunidad cerrada; sin embargo, los programas educativos deben superar las barreras del idioma, las creencias de algunos prisioneros, y ser relevantes según el nivel educativo de cada uno.

Un control eficiente de la hepatitis B en la cárcel beneficia no solamente a los presos, sino también a toda la comunidad.

CORRESPONDENCIA

Dr Laurent Gétaz
Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaire
Hôpitaux Universitaires de Genève
Rue Gabrielle Perret-Gentil 4
1205 Genève, Suisse
laurent.getaz@hcuge.ch

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hunt DR, Saab S. Viral hepatitis in incarcerated adults: a medical and public health concern. *Am J Gastroenterol.* 2009; 104: 1024-31.
2. Todts S, Fonck K, Driesen K, Uydebrouck M, Vranckx R, Vercauteren G, et al. Tuberculosis, HIV, hepatitis B and risk behaviour in a Belgian prison. *Arch Public health* 1997, 55, 87-97.
3. Weinbaum C, Lyster R, Margolis HS; Centers for Disease Control and Prevention. Prevention and control of infections with hepatitis viruses in correctional settings. *Centers for Disease Control and Prevention. MMWR Recomm Rep.* 2003; 52: 1-36.
4. Khan AJ, Simard EP, Bower WA, Wurtzel HL, Khristova M, Wagner KD, Arnold KE, Nainan OV, LaMarre M, Bell BP. Ongoing transmission of hepatitis B virus infection among inmates at a state correctional facility. *Am J Public Health.* 2005; 95: 1793-9.
5. Jafari S, Buxton JA, Afshar K, Copes R, Baharlou S. Tattooing and risk of hepatitis B: a systematic review and meta-analysis. *Can J Public Health.* 2012 ; 103: 207-12.
6. Glaser JB, Greifinger RB. Correctional health care: a public health opportunity. *Ann Intern Med.* 1993; 118: 139-45.
7. Crofts N, Stewart T, Hearne P, Ping XY, Breshkin AM, Locarnini SA. Spread of bloodborne viruses among Australian prison entrants. *BMJ.* 1995; 310: 285-8.

8. Gétaz L, Rieder JP, Bodenman P, Gaspoz JM, Wolff H. Hepatitis B: prevalence, risk factors and knowledge of transmission in prison. *Rev Esp Sanid Penit.* 2012; Suplemento – Vol 14: 37.
9. Hwang E, Cheung R. Global Epidemiology of Hepatitis B Virus (HBV) Infection. *N A J Med Sci.* 2011; 4: 7-13.
10. Majori S, Baldo V, Tommasi I, Malizia M, Floreani A, Monteiro G, et al. Hepatitis A, B, and C infection in a community of sub-Saharan immigrants living in Verona (Italy). *J Travel Med.* 2008 Sep-Oct; 15(5): 323-7.
11. Durro V, Qyra S. Trends in prevalence of hepatitis B virus infection among Albanian blood donors, 1999-2009. *Virol J.* 2011; 8: 96.
12. Gétaz L. Prévalence, facteurs de risque, connaissance des modes de transmission et propositions de mesures de contrôle de l'hépatite B au sein de la population carcérale de la prison préventive de Champ-Dollon. Tesis, Universidad de Ginebra, Suiza. 2014.
13. Wolff H, Sebo P, Haller DM, Eytan A, Niveau G, Bertrand D, et al. Health problems among detainees in Switzerland: a study using the ICPC-2 classification. *BMC Public Health.* 2011; 11: 245.
14. Pfefferle M, Wolff H, Gétaz L. Hepatitis B and prison officers: fears and knowledge. *Rev Esp Sanid Penit. Suplemento – Vol. 14 (2012):* 42.
15. Casillas A, Pfefferle M, Wolff H, Gétaz L. Hepatitis B and prison officer perceptions: health beliefs about HBV transmission. *SSMI2013.* [http://registration.akm.ch/einsicht.php?XNABSTRACT_ID=172314&XNSPRACHE_ID=1&XNKONGRESS_ID=185&XNMASKEN_ID=900]
16. Rieder JP, Broers B, Pinault F, Ritter C, Wolff H. « Programme d'échange de seringues pour usagers de drogues par voie intra-veineuse dans une prison préventive à Genève », Flyer 2009 Objectif de l'étude : description de l'expérience du programme d'échange de matériel d'injection à la prison de Champ-Dollon après 7 ans. [<http://www.rvh-synergie.org/documents/Flyer37.pdf>]
17. Favrod-Coune T, Baroudi M, Casillas A, Rieder JP, Gétaz L, Barro J, et al. Opioid substitution treatment in pretrial prison detention: a case study from Geneva, Switzerland. *Swiss Med Wkly.* 2013; 143: w13898.
18. OFSP. Maladies transmissibles et addictions en prison. Office fédéral de la santé publique - OFSP 2012. [http://www.bag.admin.ch/hiv_aids]
19. Gétaz L, Chappuis F, Lozano Becerra JC, Wolff H, Albajar-Viñas P. Persistent tropical diseases among migrants. *Rev Med Suisse.* 2014; 10: 827-32.

Situación de la TB, el SIDA y las enfermedades desatendidas en las prisiones de Latinoamérica: un enfoque inter-programático

S del Pino¹, M del Granado², E Rodríguez³

¹ Especialista en Diversidad Cultural, OPS Washington

² Asesora de Tuberculosis, OPS Washington

³ Consultora Internacional de ITS y VIH de OPS El Salvador

RESUMEN

Desde la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se han venido dando intervenciones con carácter inter-programático para dar respuesta a los múltiples problemas a los que se enfrentan las personas privadas de libertad (PPL) en los centros penitenciarios (CP) de Latinoamérica, con un especial énfasis en Tuberculosis (TB), VIH y otras enfermedades, como las desatendidas.

Es necesario abordar el tema de la salud en los CP teniendo en cuenta las lecciones aprendidas de los distintos programas, de manera que puedan servir como puntos de entrada para esos enfoques conjuntos. Desde el punto de vista inter-programático, algunos de los logros en la región, incluyen estrategias de intervención conjuntas (por ejemplo, con VIH/ITS, hepatitis), estrategias inter-programáticas que además, tienen en cuenta poblaciones especiales o con exposición a vulnerabilidades específicas (grupos étnico/raciales, mujeres/hombres, adolescentes o incluso niñez viviendo en privación de libertad, grupos LGTBI, mareros o personas pertenecientes a pandillas¹, etc), vigilancia epidemiológica, seguimiento, monitoreo y evaluación y otros.

Es importante continuar abogando por un enfoque inter-programático que se centre en un abordaje integral de las enfermedades prevalentes entre la PPL como la TB, el VIH/sida, las hepatitis virales, la salud mental, comprendiendo las adicciones a alcohol y drogas ilícitas, y otras enfermedades desatendidas.

Asimismo, es muy importante tener en cuenta las diferencias que coexisten entre la PPL para dar una respuesta adecuada a los distintos grupos poblacionales, incluyendo un enfoque de género y de interculturalidad.

La Región de las Américas ha mostrado avances significativos en la reducción tanto de la frecuencia, como de la mortalidad por tuberculosis² (TB), en cuyo caso, la meta de desarrollo del milenio fijada por las Naciones Unidas para el 2015, de reducir a la mitad la tasa de prevalencia y mortalidad de tuberculosis (1), se cumplió anticipadamente en la región en su conjunto. Estos avances, sin embargo, se ven amenazados por factores como la extensión de la infección por VIH/sida, el incremento de la multi-drogo resistencia (MDR) y el aumento de las poblaciones vulnerables, entre las que se encuentran las personas privadas de libertad (PPL). Además, hay que tener en cuenta que entre las mismas PPL coexisten distintos grupos con

características diferentes que les hacen vulnerables ante distintas situaciones y por razones de índole variada.

Existen escasas publicaciones sobre el tema de la TB, el VIH y otras enfermedades entre la PPL en la Región de las Américas, pero todas coinciden en señalar que en este grupo se da un riesgo significativamente mayor de contraer enfermedades.

En el caso específico de la TB, se utilizó un estudio descriptivo ecológico desde OPS, basado en una encuesta con cuestionario estandarizado auto-administrado que fue llenado por 18 países. Con base a este cuestionario, se recolectó información de 584 CP en total. El objetivo del estudio era describir la situación

¹ El tema de las maras es de especial relevancia en la región. La OPS ha tenido en cuenta este aspecto durante sus intervenciones.

² En lo que respecta al trabajo del programa de OPS de TB se está presentando un estudio desarrollado por OPS como documento independiente

epidemiológica de la TB y las acciones de control que se desarrollan al interior de los CP, para identificar factores a nivel del sistema penitenciario que permitan mejorar la efectividad de las intervenciones de alto a la TB en estos recintos.

Una primera encuesta realizada por la OPS en los centros penitenciarios (CP) de 17 países (datos no publicados) reveló que en 2007 la PPL tenía una incidencia notificada de TBP+ 22,2 veces mayor que la población general. Además, la mayoría de los CP presentaban serios problemas en la implementación de la estrategia DOTS³, situación especialmente grave en una enfermedad cuya “prevención se inicia con la curación” (2).

La confección TB/VIH en los CP representa un serio problema por la alta transmisión de ambas enfermedades y es por ello por lo que la TB no puede abordarse sin tener en cuenta la prevención y el control del VIH.

Además, en los CP, las graves deficiencias dificultan la efectividad de los programas de detección oportuna y tratamiento de la TB. (3, 4, 5, 6, 7, 8, 9). Estos factores de riesgo están relacionados con la probabilidad e intensidad de exposición al contagio y las dificultades para la detección y control de la fuente de infección. Pero además, la población penal proviene predominantemente de los estratos más desfavorecidos de la sociedad, donde la pobreza es también un determinante social estructural de la TB, porque se asocia a una mayor exposición a otros factores de riesgo de esta enfermedad, como son la malnutrición, la infección por VIH, el abuso de alcohol y la contaminación ambiental (2). De esta forma la PPL tiene una mayor vulnerabilidad aún desde antes de entrar a los CP, que se ve agravada por las condiciones propias del encarcelamiento.

Si bien las actividades de control de la TB en las Américas comenzaron mucho antes (2003/2004), desde 2007 comienzan a trabajarse en la región (nos centraremos sobre todo en Centroamérica) una serie de iniciativas para mejorar e impulsar las acciones internas, con el objetivo de que los países integran en sus propuestas de planes estratégicos, acciones directas para las PPL en VIH y TB para luego ampliar el tema de salud en general. El abordaje de la TB incluye desde ahí una mayor visualización de la interculturalidad, el enfoque de género y otros, así como la integración del sistema de salud penitenciario al del país, con una

mayor sensibilización de las autoridades de salud penitenciaria.

En el caso de Centroamérica, estas intervenciones dieron lugar a la Red de trabajo para Centros Penales de Centroamérica y República Dominicana (RED-CARD) y se hizo un esfuerzo por unificar el trabajo de VIH en la subregión con el apoyo de muchos socios. Desde el 2008 se comienzan a celebrar, con el apoyo de OPS, los Foros Regionales sobre Centros Penales y VIH. El último, en 2014, IV Foro Internacional de VIH y Cárceles integraría también el 1er Congreso Internacional de Salud Penitenciaria (El Salvador).

Estas intervenciones han mejorado las coordinaciones entre los Ministerios de Salud y las Direcciones de Centros Penitenciarios con el objetivo de acceder a salud, prevención, tratamiento y seguimiento de casos. También han conseguido reforzar el trabajo interprogramático.

Las estructuras políticas y técnicas se están armonizando en la subregión para el apoyo a los esfuerzos nacionales y subregionales; El Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA) a través de su secretaría ejecutiva SE-COMISCA, se coordinan con el Mecanismo de Coordinación Regional (MCR)* para promover las acciones de prevención, atención y seguimiento del VIH y la TB en los Centros Penales de los países de la sub región.

OPS ha venido apoyando, con un abordaje integral y con enfoques de género e interculturalidad, intervenciones en países, incluyendo capacitaciones a distintos niveles en CP y teniendo en cuenta las diferencias existentes entre las PPL.

CONCLUSIONES

Los resultados de los estudios y las intervenciones realizados refuerzan el concepto de alta vulnerabilidad a la TB, el VIH y otras enfermedades en los CP de la región y evidencian que es importante adoptar un enfoque preventivo e inter-programático con respecto a estas enfermedades que están latentes en las cárceles. Asimismo, es importante tener en cuenta las diferencias que coexisten entre los grupos que conviven entre las PPL y las situaciones de vulnerabilidad a las que cada uno de estos grupos se enfrenta. De esta manera,

³ DOTS fue originalmente el acrónimo en inglés de *Directly Observed Treatment Short-course*, pero posteriormente se ha transformado en el nombre distintivo del paquete de intervenciones de cinco elementos que recomienda OMS en su estrategia de Alto a la TB (WHO 2010).

este abordaje inter-programático desde OPS incluirá enfoques de género e interculturalidad.

Los CP, a pesar de ser cerrados, no son herméticos. Las PPL entran y salen y esto conlleva a un aumento de enfermedades que traspasa el CP en sí. Las PPL visitan juzgados, centros de salud y otros recintos penitenciarios (3). Además hay personal de gendarmería, de salud y visitantes que tienen contacto estrecho con los internos, constituyendo una población puente que circula entre el medio penitenciario y el mundo exterior (10).

Es por ello por lo que las intervenciones de capacitación no deben enfocarse únicamente a las PPL sino a todas aquellas que tienen contacto directo, incluyéndose familiares, personal de seguridad, de salud y otros. Es igualmente necesario abogar por el reconocimiento de las PPL como actores importantes de su auto cuidado y estilos de vida.

Desde una óptica institucional hay que destacar la necesidad de continuar expandiendo las alianzas estratégicas, con instancias gubernamentales, sociedad civil y cooperantes para facilitar las acciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Tuberculosis en las Américas, *Reporte Regional 2009*. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 2009. Naciones Unidas. *Objetivos de Desarrollo del Milenio, Informe 2010*. (U. Nations, Ed.) Nueva York, United States of America: Naciones Unidas, 2010. International Centre for Prison Studies. *World Prison Brief*. From <http://www.prisonstudies.org/info/worldbrief/>.
2. Centro de Estudios de Justicia de las Américas. *Reporte de la Justicia, tercera edición 2006-2007*. Santiago: CEJA, 2007. Secretaría de Seguridad Pública de México. (n.d.). *SSP - Secretaría de Seguridad Pública*. Retrieved 2008 from SSP - Secretaría de Seguridad Pública: www.ssp.gob.mx
3. Pan American Health Organization, Basic Indicators 2008. Organización Panamericana de la Salud; Washington, D.C, 2008.
4. UNFPA. Estado de la Población Mundial 2007, Liberar el Potencial del Crecimiento Urbano. Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2007. pp. 92-5.
5. Organización Panamericana de la Salud. El Control de la Tuberculosis. Manual para Directores OMS. Comité Internacional de la Cruz Roja. Lima: Organización Panamericana de la Salud 2000.
6. Rodríguez, M. Panorama de los Sistemas Penitenciarios en América Latina y el Caribe desde una perspectiva de los derechos humanos. ILANUD. Disponible en www.iidh.ed.cr/comunidades/seguridad/docs/seg_docpolicia/curso%20noel%20doct.html accedida el 06 enero de 2009.
7. World Health Organization, Global Tuberculosis Control. Epidemiology, Strategy and Financing. Geneva: World Health Organization 2009.
8. Alianza Alto a la Tuberculosis y Organización Mundial de la Salud. Plan Mundial para Detener la Tuberculosis 2006-2015. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006.

Envejecimiento en el medio penitenciario. Estrategias preventivas y hábitos saludables

A Martín-Castellanos

Servicios Médicos. C. P. Cáceres

RESUMEN

El envejecimiento es un proceso de oportunidades de salud, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable. En prisiones, el aumento progresivo de la edad y factores de riesgo como el tabaquismo, sedentarismo, dislipemia, obesidad y otros, se relacionan con mayor prevalencia de patologías crónicas y morbimortalidad. Las estrategias preventivas en salud penitenciaria pasan por reforzar los hábitos saludables y controlar dichos factores epidemiológicos. El tabaquismo como primer factor de riesgo, y sus implicaciones en la mortalidad cardiovascular/tumoral requiere una política más eficaz. El sedentarismo y el sobrepeso-obesidad son factores prevalentes con efectos negativos, y las estrategias para incrementar la participación en actividades físico-deportivas que contemplen la condición cardiorrespiratoria, la fuerza-resistencia, la composición corporal y la flexibilidad son esenciales en la protección de la salud penitenciaria. La dieta mediterránea y de prevención cardiovascular es prioritaria como estilo de vida y se debe implantar en los menús penitenciarios, requiriendo mayores esfuerzos para su ejecución efectiva. Igualmente, el control de la infección por el VIH/VHB/VHC, la evaluación del riesgo cardiovascular total, el cribado del cáncer, la protección solar, las vacunaciones, programas de entrenamiento cognitivo y reforzar el Marco de Prevención sobre Drogas y de Suicidios son fundamentales.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso fisiológico con cambios acumulativos que alteran el metabolismo e incrementan el riesgo de enfermedad o son responsables del cese de las funciones biológicas¹. Pero envejecer no es sinónimo de enfermedad, por lo que es posible un envejecimiento activo, entendido como proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida². Unos hábitos saludables como pilares básicos y el funcionamiento cognitivo, emocional y psicosocial, pueden incrementar la calidad de vida, libre de discapacidad y dependencia funcional, independientemente de prolongar o no la longevidad^{3,4}.

España es uno de los países desarrollados con mayor esperanza de vida⁵. Tal situación se refleja en la población penitenciaria donde la edad media de los reclusos se va incrementando paulatinamente, aunque sin los niveles epidémicos de otros países como los Estados Unidos donde la población mayor de 55 años se ha triplicado en la última década (US Department of Justice, 2013). La edad y factores de riesgo epidemiológicos se relacionan con una mayor prevalencia de patologías

crónicas y el incremento de la morbimortalidad. Las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de muerte en el mundo y también en España, donde junto a los tumores representan el 56% de la mortalidad total, con un predominio mayor del 75% en la tercera edad (> 65 años)⁶. En las prisiones españolas, sobre una población media de 58.428 personas (92,3% varones) ingresadas en el año 2013, las muertes por causas cardiocirculatorias representan el 25,3%, los suicidios el 19,1%, las relacionadas con drogas el 16,1% y los tumores el 11,1%, ocurriendo la mayor parte en mayores de 45 años⁷. La hipertensión arterial, el tabaquismo, la diabetes, el sedentarismo, la obesidad, y la hipercolesterolemia son los principales factores de riesgo (FR) sobre la mortalidad global a nivel mundial, siendo la cardiopatía isquémica, el ictus, el cáncer de pulmón, las demencias y los procesos respiratorios, las principales causas en los países con más ingresos⁸ y dichos FR están presentes en los centros penitenciarios, con una mayor prevalencia de tabaquismo, sedentarismo, dislipemias y consumo de drogas⁹.

En el proceso de envejecimiento, distintos mecanismos inmunológicos, inflamatorios, neuroendocrinos, mitocondriales, acortamiento del telómero o estrés oxidativo pueden alterar la estabilidad del genoma

provocando los cambios celulares y biológicos que serían responsables del mismo ¹⁰. El deterioro orgánico y funcional del envejecimiento tiene repercusión en todos los sistemas. En el sistema nervioso, la disfunción neuronal y vascular origina un *deterioro cognitivo y psicosenso* propio. Los cambios metabólicos disminuyen la tolerancia a la glucosa, alteran el perfil lipídico y aumentan la grasa corporal, incrementando el *riesgo cardiometabólico*. La pérdida de funciones del sistema cardiorrespiratorio, con menores capacidades pulmonares y menor gasto cardiaco pero mayor tensión arterial, llevan a la *hipocinesia y fatigabilidad*. En el aparato locomotor, la pérdida de masa ósea (osteopenia), el deterioro muscular (sarcopenia) y la degeneración articular (osteoartritis) producen un decremento de las capacidades físicas y mayor riesgo de caídas y fracturas. Con todo, el incremento de las expectativas de vida sería posible modelando los efectos epigenéticos, así se ha propuesto que una restricción dietética relevante o la acción mimética de sustancias antioxidantes como el resveratrol, aumentarían la expresión de las sirtuínas tipo 1 (histonas deacetilasas clase III), lo que mantendría la metilación del DNA y mejoraría la función y biogénesis mitocondrial reduciendo los desórdenes cardiometabólicos y neurológicos ^{11, 12}. Pero frente a las teorías científicas para prolongar la longevidad, existen evidencias de intervención para cambiar el modelo de envejecimiento ordinario o patológico, por otro más activo, saludable, e incluso productivo, en el que además de la concurrencia inevitable del componente genético, el resto puede depender de un estilo de vida saludable que implica conductas activas de ejercicio físico, dieta sana, no hábitos tóxicos (tabaco, alcohol, drogas), educación y participación psicosocial.

En los Estados Unidos, una reunión de expertos sobre cuidados de salud en reclusos mayores, identifica 9 áreas básicas para ser abordadas ¹³: definición de recluso mayor, formación y entrenamiento del personal a su cargo, definición de deterioro funcional en prisión, reconocimiento y valoración de la demencia, programas de medicina paliativa, unidades de vivienda geriátrica, liberación adelantada por motivos sanitarios, reconocimiento de especiales necesidades en las mujeres y coordinación de los asuntos tras la liberación. Aunque en España la situación es diferente, no se dispone de una agenda política definida y al margen del Plan de Acción Internacional de Viena, no existe un marco legal específico sobre la atención de la salud en el envejecimiento penitenciario ¹⁴, y tal ausencia puede entrañar costes añadidos si no se abordan planes de regulación expresos. Mientras tanto, en la Atención Primaria Penitenciaria, las estrategias pre-

ventivas pasan por el refuerzo de los hábitos saludables y el control de los factores epidemiológicos que incrementan la morbimortalidad, entre otras acciones.

FACTORES IMPLICADOS Y ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

El tabaquismo es el primer FR modificable en el medio penitenciario ⁹ y las influencias tanto del consumo directo como de la corriente secundaria del humo (tabaquismo pasivo), provocan en la población general una mortalidad atribuible del 33% sobre las patologías cardiovasculares, del 45% sobre los tumores, y del 21,7% sobre las enfermedades respiratorias ¹⁵. El tabaco produce cáncer de pulmón y se asocia con el cáncer colorrectal, de mama y vejiga, que junto al de próstata son los de mayor incidencia en España ¹⁶. Una política activa eficaz y programas de deshabitación ¹⁷ son medidas de salud pública ineludible y los planes antitabaco en prisiones deberán mejorar, con la reflexión de que otros tóxicos, drogas o alcohol sí están prohibidos.

El sedentarismo supone el cuarto factor de impacto en la mortalidad global mundial ⁸, y es un evidente FR modificable que implica una baja condición física y un verdadero riesgo para la salud ^{18, 19}, incluso por encima de otros factores. Se relaciona con el riesgo cardiometabólico y con una mayor mortalidad por todas las causas ²⁰⁻²¹. Su relación con la vida ociosa es un FR que supera a otros factores clásicos en las prisiones ⁹ y tal situación tiene unas consecuencias negativas sobre el envejecimiento saludable. En sentido contrario, la actividad física tiene un efecto cardiovascular protector, disminuyendo el riesgo coronario ^{18, 22} y favoreciendo la prevención y control de los distintos FR como la hipertensión arterial ²³, la diabetes ^{24, 25}, la dislipemia ^{26, 27} y la obesidad, así como la reducción de la mortalidad ^{21, 28}. Los efectos del ejercicio físico en la prevención del cáncer colorrectal y de mama tienen una evidencia contrastada ^{29, 30}, así como en la reducción de riesgo sobre la incidencia y mortalidad por otro tipo de tumores como el de pulmón, próstata o gástrico ³¹⁻³³. Los efectos antiinflamatorios, antioxidantes, inmunomoduladores, o sobre el metabolismo hormonal y energético estarían implicados entre los mecanismos biológicos de la prevención del cáncer ³⁴. Además, la actividad física produce una mejora de la función cognitiva, con efectos antidepresivos, ansiolíticos y en prevención de la demencia ³⁵; también provoca cambios positivos en la composición corporal y en procesos crónicos e inmunológicos. La inactividad física y una dieta no saludable están en el origen de la

obesidad, quinto factor de impacto en la mortalidad mundial⁸. El Índice de Masa Corporal (IMC) se sigue utilizando como criterio para categorizar la obesidad general, pero otros indicadores como el perímetro abdominal o los índices cintura-cadera y cintura-talla predicen mejor el Riesgo Cardiovascular (RCV) y de muerte^{18,36-37}. El sobrepeso-obesidad son factores que atañen a la salud penitenciaria y aunque su prevalencia⁹ no es superior a la población general³⁸, tenemos razones empíricas para pensar que un mayor tiempo de reclusión y el envejecimiento progresivo, elevan las cifras de prevalencia. La obesidad abdominal valorada con el perímetro de cintura se presenta con una mayor frecuencia en la población penitenciaria y en la general^{9,38} y proponemos esta medida o el índice cintura-talla³⁷ en las estrategias de prevención, pues el IMC sólo puede no reflejar el verdadero riesgo cardiometabólico. Conociendo los efectos de la actividad física, las recomendaciones de la misma deben contemplar atributos medibles de salud como la condición cardiorrespiratoria, la fuerza-resistencia, la composición corporal, la flexibilidad y la función neuromotora. La prescripción de ejercicio físico, debe responder a una adecuada posología, y son de utilidad las guías del Colegio Americano de Medicina Deportiva³⁹ o las recomendaciones de la OMS⁴⁰. La condición cardiorrespiratoria debe contener un mínimo de actividad física aeróbica moderada de 30 minutos diarios o actividad más vigorosa durante un mínimo de 20 minutos al menos 3 días por semana, o una combinación de ambos. Los trabajos de fuerza-resistencia muscular deben implicar a los grandes grupos musculares, con una frecuencia de 2-3 días por semana, una intensidad del 20-50% de 1 Repetición Máxima y monoserias de 10-15 repeticiones. Los ejercicios de flexibilidad implicarán igualmente a los grandes grupos musculares, 2-3 días por semana, con estiramiento sostenido durante 30-60 segundos, hasta el punto de ligero disconfort o tirantez, y con 2-4 repeticiones de cada estiramiento. Ejercicios complementarios de función neuromotora para mejorar el equilibrio, la agilidad, el tiempo de reacción, la marcha y la coordinación, son fundamentales para mantener la función física, la independencia funcional y prevenir las caídas. La incentivación y aumentar los recursos y estrategias de participación en actividades deportivas son esenciales en la salud penitenciaria, pero se tiene que facilitar el cumplimiento de los objetivos mínimos saludables, aplicable a todos los reclusos y con los monitores deportivos suficientes para controlar tales objetivos, corrigiendo posibles errores conceptuales que priman

el rendimiento deportivo individual e improductivo y soslayan los principios de salud colectiva.

Una dieta equilibrada es otro pilar básico en las estrategias preventivas de salud, donde además de pequeñas diferencias en los contenidos calóricos o problemas de masticación-deglución, debe mantener los principios de variedad, distribución y prevención cardiovascular aplicados a un ser humano omnívoro y con distintas culturas culinarias. La dieta mediterránea, Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad, y la dieta japonesa de Okinawa, son dos modelos avalados científicamente y que han demostrado sus beneficios en la salud con reducción de la mortalidad y aumento de la longevidad⁴¹⁻⁴³. La dieta mediterránea de nuestra cultura está basada en el consumo de vegetales (frutas, verduras, legumbres, frutos secos, cereales y semillas), pescados, menos carnes rojas y más blancas, fermentados lácteos, y el uso habitual de aceite de oliva y consumo moderado de vino. El menor consumo de grasas saturadas, los ácidos grasos monoinsaturados del aceite y frutos secos, los poliinsaturados y omega 3 procedentes de frutos secos y pescados fundamentalmente azules, los polifenoles estilbenos (resveratrol) presentes en la piel de la uva y el vino, los lignanos de las semillas de lino, sésamo, cereales, aceitunas o del propio aceite de oliva, junto a componentes flavanoides, vitaminas etc. y la reducción de sal y azúcares refinados ejercerían una acción protectora cardiovascular o serían antioxidantes, con efectos generales y en la prevención del cáncer y aumento de la longevidad^{42, 43}. Las peculiaridades de las prisiones, no deben dificultar la ejecución de los menús de una dieta mediterránea y cardiosaludable⁴⁴, siendo esencial optimizar los recursos, organizar talleres educativos e inclusive contar con la figura profesionalizada del nutricionista.

Además de dichas estrategias, se deben realizar otras medidas como el control de la infección VIH, por mayor riesgo de infarto, el control de la infección VHB/VHC, por el riesgo de cirrosis y cáncer hepático, la estimación y control del RCV, el cribado para el cáncer colorrectal, de mama y de cervix, especiales recomendaciones en protección solar, vacunaciones: gripe, neumocócica (VNC13, VNP23), difteria-tétanos, hepatitis B y virus varicela zoster, y reforzar el Marco de Prevención del uso de drogas y de Suicidios. Igualmente se deberían desarrollar programas de entrenamiento cognitivo y funcionamiento psicosocial, con talleres ocupacionales y educación, para mejorar la salud cerebral y evitar el aislamiento emocional de los reclusos mayores.

CONCLUSIONES

El envejecimiento progresivo de la población penitenciaria es un hecho que atañe a nuestra sanidad. Las estrategias de prevención primaria y secundaria que se pueden acometer en ausencia de programas penitenciarios específicos se deben basar en los criterios de acción en enfermedades no transmisibles y cáncer que marcan la OMS, el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer, el Código Europeo contra el Cáncer, los Planes Nacionales de Salud y la evidencia de la medicina.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tosato M, Zamboni V, Ferrini A, Cesari M. The aging process and potential interventions to extend life expectancy. *Clin Interv Aging*. 2007; 2(3): 401-12.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Envejecimiento activo: un marco político. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2002; 37 (S2): 74-105.
3. Hayflick L. The future of ageing. *Nature*. 2000b; 408: 267-9.
4. Philips KA, Judith E. Key Concepts in Social Gerontology. In: SAGE publications Ltd. Lo Ltd. London 2010. p. 12-13.
5. Instituto Nacional de Estadística. Evolución de la esperanza de vida al nacimiento. Tablas de mortalidad INE. 2012. Madrid: INE; 2014. (Actualizado 24 de abril 2014). Disponible en: <http://www.ine.es/inebase/index.html>
6. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte. 2012. Madrid: INE; 2014. Disponible en: <http://www.ine.es/inebase/index.html>
7. Mortalidad en Instituciones Penitenciarias 2013. Madrid: Ministerio del Interior Gobierno de España. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria. 2014.
8. WHO. 2013. <http://www.who.int/evidence/bod>
9. Vera EJ, Borraz JR, Domínguez JA, Mora LM, Casado SV, González JA, Blanco A, et al. Prevalencia de patologías crónicas y factores de riesgo en población penitenciaria española. *Rev Esp Sanid Penit*. 2014; 16: 38-47.
10. Weinert BT, Timiras PS; Theories of aging. *J Appl Physiol*. 2003; 95: 1706-16.
11. Dirks AJ, Leeuwenburgh C. Caloric restriction in humans: potential pitfalls and health concerns. *Mech Age Dev*. 2006; 127: 1-7.
12. Fernández AF, Fraga MF. The effects of the dietary polyphenol resveratrol on human healthy aging and lifespan. *Epigenetics*. 2011; (7): 870-4.
13. Williams BA, Stern MF, Mellow J, Safer M, Greifinger RB. Aging in correctional custody: setting a policy agenda for older prisoner health care. *Am J Public Health*. 2012; 102 (8):1475-81.
14. Bretschneider W, Elger B, Wangmo T. Ageing prisoners' health care: analysing the legal settings in Europe and the United States. *Gerontology*. 2013; 59(3): 267-75.
15. Banegas JR, Díez-Gañán L, Bañuelos-Marco B, González-Enriquez J, Villar-Álvarez F, Martín-Moreno JM et al. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España 2006. *Med Clin*. 2011; 136: 97-102.
16. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, et al. GLOBOCAN 2012 v1.0. Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC.
17. Yagüe-Olmos C, Cabello-Vázquez MI. Programa de dshabitación tabáquica para internos y trabajadores de un centro penitenciario. *Rev Esp Sanid Penit*. 2008; 10: 57-64.
18. Blair, SN. Physical Inactivity: The biggest health problem of the 21st century. *British Journal of Sports Medicine*. 2009; 43(1): 1-2.
19. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. 2004; 364: 937-952.
20. Grundy SM, Barlow CE, Farrell SW, Vega GL, Haskell WL. Cardiorespiratory fitness and metabolic risk. *Am J Cardiol*. 2012. 109(7): 988-93.
21. Vigen R, Ayers C, Willis B, DeFina L, Berry JD. Association of cardiorespiratory fitness with total, cardiovascular, and noncardiovascular mortality across 3 decades of follow-up in men and women. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2012; 5 (3): 358-64.
22. Sattelmair J, Pertman J, Ding EL, Kohl HW 3rd, Haskell W, Lee IM. Dose response between physical activity and risk of coronary heart disease: a meta-analysis. *Circulation*. 2011.16; 124 (7): 789-95.
23. Cornelissen VA, Fagard RH. Effects of endurance training on blood pressure, blood pressure regulating mechanisms and cardiovascular risk factors. *Hypertension*. 2005; 46: 667-75.
24. Balducci S, Zanuso S, Massarini M, Corigliano G, Niccolucci A, Missori S, et al. The Italian

- Diabetes and Exercise Study (IDES): design and methods for a prospective Italian multicentre trial of intensive lifestyle intervention in people with type 2 diabetes and the metabolic syndrome. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2008; 18(9): 585-95.
25. Umpierre D, Ribeiro PA, Kramer CK, Leitão CB, Zucatti AT, Azevedo MJ, et al. Physical activity advice only or structured exercise training and association with HbA1c levels in type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *JAMA.* 2011; 305 (17): 1790-9.
 26. Krauss WE, Houmard JA, Duscha B, Knetzger J, Wharton MB, McCartney J, et al. Effects of the amount and intensity of exercise on plasma lipoproteins. *N Eng J Med.* 2002; 347: 1483-1492.
 27. Mansikkaniemi K, Juonala M, Taimela S, Hirvensalo M, Telama R, huoponen R, et al. Cross-sectional associations between physical activity and selected coronary heart disease risk factors in young adults. The Cardiovascular Risk in Young Finns Study. *Ann Med.* 2012; 44 (7): 733-44.
 28. McAuley PA, Artero EG, Sui X, Lee DC, Church TS, Lavie CJ, et al. The obesity paradox, cardiorespiratory fitness, and Coronary Heart Disease. *Mayo Clin Proc.* 2012; 87 (5): 443-451.
 29. Wolin KY, Yang Y, Colditz GA, Lee IM. Physical activity and colon cancer prevention: a meta-analysis. *Br J Cancer.* 2009; 100(4): 611-6.
 30. Thomson CA, McCullough ML, Wertheim BC, Chlebowski RT, Martinez ME, Stefanick ML, et al. Nutrition and Physical Activity Cancer Prevention Guidelines, Cancer Risk, and Mortality in the Women's Health Initiative. *Cancer Prev Res (Phila).* 2014; 7 (1): 42-53.
 31. Sui X, Lee DC, Matthews CE, Adams SA, Hebert JR, Church TS, et al. Influence of cardiorespiratory fitness on lung cancer mortality. *Med Sci Sports Exerc.* 2010; 42(5): 872-8.
 32. Lakoski S, Barlow C, Gao A, DeFina L, Radford N, Farrell S, et al. Cardiorespiratory fitness and risk of cancer incidence and cause-specific mortality following a cancer diagnosis in men: The Cooper Center longitudinal study. *J Clin Oncol.* 2013 (suppl; abstr 1520).
 33. Abioye A, Odesanya M, Abioye AI, Akanmu N. Physical activity and risk of gastric cancer: a meta-analysis of observational studies. *Br J Sports Med.* 2013. doi:10.1136/bjssports-2013-092778. Online 16 January 2014.
 34. Ballard-Barbash R, Friedenreich CM, Courneya KS, Siddigi SM, McTiernan A, Alfano CM. Physical activity, biomarkers, and disease outcomes in cancer survivors: a systematic review. *J Nat Cancer Inst.* 2012; 104(11): 815-40.
 35. Kirk-Sánchez NJ, McGough EL. Physical exercise and cognitive performance in the elderly: current perspectives. *Clin Interv Aging.* 2014; 9: 51-62.
 36. Pischon T, Boeing H, Hoffman K, Bergman M, Schulze MB, Overvad K, et al. General and Abdominal adiposity and Risk of Death in Europe. *N Engl J Med.* 2008; 359: 2105-2120.
 37. Ashwell M, Gunn P, Gibson S. WHtR is a better screening tool than waist circumference and BMI for adult cardiometabolic risk factors: systematic review and meta-analysis. *Obes Rev.* 2012; 13 (3): 275-86.
 38. Gutierrez-Fisac JL, Guallar-Castillón P, León-Muñoz LM, Graciani A, Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F. Prevalence of general and abdominal obesity in the adult population of Spain, 2008-2010: the ENRICA study. *Obes Rev.* 2012; 13: 388-92.
 39. Garber CE, Blissmer B, Deschenes MR, Franklin BA. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: Guidance for prescribing exercise. *Medicine & Science in Sports & Exercise.* 2011; 43 (7): 1334-49.
 40. World Health Organization 2011. Global recommendations on physical activity for health. 2011. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/index.html>
 41. Estruch R, Ros E, Salas-Salvador J, Covas MI, Corella D, Aros F, et al. Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet. *N Engl J Med.* 2013; 368 (14): 1279-90. DOI: 10.1056/NEJMoa1200303.
 42. Trichopoulou A, Martínez-González MA, Tong T, Forouhi N, Kandelwal S, Prabhakaran D, et al. Definitions and potential health benefits of the Mediterranean diet: views from experts around the world. *BMC Medicine.* 2014; 12-112.
 43. Wilcox DC, Scapagnini G, Wilcox BJ. Healthy aging diets other than the Mediterranean: a focus on the Okinawan diet. *Mech Ageing Dev.* 2014; 136-137: 148-62.
 44. Gil-Delgado Y, Domínguez-Zamorano JA, Martínez-Sánchez-Suárez E. Valoración de los beneficios para la salud conseguidos mediante un programa nutricional dirigido a internos con factores de riesgo cardiovascular del Centro Penitenciario de Huelva. *Rev Esp Sanid Penit.* 2011; 13: 75-83.

Mortalidad en prisión. De las enfermedades transmisibles a las enfermedades cardiovasculares y los tumores. Una revisión histórica

EJ Vera-Remartínez

Centro Penitenciario de Castellón I

INTRODUCCIÓN: El conocimiento de las causas de mortalidad es una herramienta útil para poder establecer medidas preventivas encaminadas a evitar esas defunciones.

OBJETIVO: Describir las principales causas de mortalidad en prisión y la variación de las mismas a lo largo del tiempo.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realiza una revisión histórica a partir de las estadísticas sobre causas de mortalidad en prisiones dependientes de Instituciones Penitenciarias y de Cataluña. Se describen las principales causas de fallecimiento en base a una clasificación arbitraria en tres periodos.

RESULTADOS: Periodo 1, el inicio: la principal causa de mortalidad es el SIDA, supone más de la mitad de los fallecimientos. Periodo 2, la era TARGA: se produce un punto de inflexión en las causas de morbi-mortalidad en las prisiones. Periodo 3, las enfermedades crónicas o la epidemia del s. XXI: Las principales causas de defunción son las patologías cardiocirculatorias y los tumores.

CONCLUSIONES: La tendencia de la mortalidad en las prisiones es descendente. Las causas de mortalidad han ido variando en función del tipo de población que albergaban los centros y a través del tiempo. Se necesitan implementar programas sanitarios dirigidos a combatir las patologías crónicas y sus factores de riesgo.

Palabras clave: Mortalidad; Revisión; Prisiones; Síndrome de inmunodeficiencia adquirida; Factores de riesgo; Enfermedad crónica; Lesiones cardíacas; Neoplasias.

INTRODUCCIÓN

Para encontrar las primeras referencias sobre la recogida de datos acerca de mortalidad nos tenemos que desplazar en el tiempo hasta 1662, donde John Graunt se dedicó a recopilar todas las defunciones y nacimientos acaecidos en los últimos 50 años en Londres y Hampshire. A partir de estos datos estableció una serie de inferencias empíricas como: que nacían más varones que mujeres; que la mortalidad estaba ligada a la estacionalidad y que el 36% de los nacidos vivos, fallecían antes de los 6 años.

Años después y basándose en esos datos, un amigo de Graunt, llamado William Petty economista y médico, publicó uno de los primeros trabajos sobre mortalidad y natalidad titulado “*Aritmética política*”. Proponiendo por primera vez la necesidad de que se crease una agencia gubernamental que se encargase del

registro de nacimientos y defunciones, así como de su interpretación. Fue pionero en esta idea, que 30 años después le sería atribuida a Leibniz.

La investigación de las defunciones a partir de las enfermedades contribuyó en gran medida a determinados descubrimientos como la etiología del escorbuto en 1747 por James Lind o el descubrimiento de la etiología de la viruela en 1760 por Daniel Bernouill.

Entre el siglo XVIII y XIX numerosos matemáticos como: Quetelet, Laplace, Poisson, Galton, Pearson, etc..., intentaron establecer relaciones entre enfermedad y mortalidad, elaborando tablas que se llamaron de vida, que eran referidas a las probabilidades de enfermar a determinada edad, probabilidades de permanecer enfermo durante un determinado número de días, o probabilidades de fallecer por determinadas causas, con la finalidad de fijar adecuadamente el precio de los seguros de vida, muy comunes en Ingla-

terra y Gales, a través de las asociaciones de socorros mutuos o de las llamadas “*tontinas de trabajadores*” (estas son asociaciones de trabajadores en la que cada uno aportan cantidades económicas similares de forma periódica a fin de formar un fondo, los últimos sobrevivientes se reparten el capital y los intereses generados)¹.

Conocer las causas de mortalidad en cualquier grupo de población es una herramienta muy útil para descubrir de qué enferman y/o fallecen, y poder establecer decisiones preventivas encaminadas a evitar en la medida de lo posible que ocurran.

En nuestro caso, nos vemos obligados aún más, dado que como dicta la Ley General Penitenciaria² en su artículo 3.4, tenemos el deber de velar por la vida, la integridad y la salud de los internos a nuestro cargo.

Hay aproximadamente unos 10 millones de personas encarceladas en el mundo y se calcula que en la última década han aumentado en más de un millón³.

En Instituciones Penitenciarias a principios de 2014 contábamos con un total de 66.614 reclusos que sumados a los 9.798 de Cataluña, suponen un total de 76.402 internos⁴.

De forma general, las patologías específicas del medio penitenciario han sido muy particulares, variadas y por tanto también lo han sido las causas de mortalidad. Todas han estado muy relacionadas con las características de la población que albergaba en cada momento.

El objetivo principal de esta ponencia consistirá en realizar una revisión histórica describiendo las principales causas de mortalidad en las prisiones españolas y catalanas a lo largo del tiempo.

Desde mi experiencia profesional, he querido establecer tres periodos de tiempo que nos sirvan de forma didáctica para desarrollar las principales causas de mortalidad y cómo han ido variando con el tiempo.

El primer periodo le denominaremos “*El inicio*” y nos referimos a los finales de los ochenta, principio de los noventa del siglo XX, teniendo en cuenta que con anterioridad no disponemos de datos suficientemente fiables.

El segundo periodo lo denominaremos “*La era TARGA*”, como resultado de la implantación de las terapias antirretrovirales combinadas de gran actividad y que se iniciarán tras el verano de 1996. Más que un periodo, hablaríamos de un punto de inflexión en las principales causas de morbi-mortalidad en prisión.

El tercer periodo lo denominaremos el periodo de las “*Enfermedades crónicas o la epidemia del siglo XXI*”.

EL INICIO

Con el inicio de la transición política española hacia la democracia y a partir fundamentalmente de 1977 comienza en nuestro país, entre los jóvenes, el consumo de heroína intravenosa, llegando a adquirir niveles epidémicos, especialmente a partir de 1980, lo que supone que la gran mayoría de ellos acaben en prisión como consecuencia directa o indirecta de este consumo.

Nos encontramos con una población penitenciaria que supone un binomio [edad joven (menor de 30 años) – consumo de opiáceos], la mayoría de ellos con graves carencias en materia de salud, con un consumo importante intravenoso, no hay nada más que detallar las denominadas “*carreras*” de signos de venopunción en las trayectorias venosas de extremidades superiores, inferiores y cuello, que se reconocían a su ingreso en prisión.

El consumo compartido y compartiendo, el material de inyección a modo de “*ritual entre colegas*”, al igual que los indios compartían la famosa “*pipa de la paz*”, contribuyó en gran medida al contagio masivo entre estos jóvenes adictos.

La moda de realización de tatuajes sin ninguna medida de asepsia, tatuajes poco elaborados que representaban la muerte, motivos religiosos (cruces, vírgenes); amorosos (dedicados a las madres); eróticos (con formas femeninas); alusiones a la libertad, al consumo de sustancias en forma de caballo, jeringuillas, hojas de cocaína; símbolos de pertenencia a grupos; motivos fantásticos o simplemente decorativos^{5,6} también contribuyó y especialmente en las prisiones donde ésta era otra práctica habitual.

Consecuencia de lo anteriormente relatado, la aparición de SIDA como enfermedad mortal, devastadora y marginal, que comienza a mostrarse a partir de mediados de los ochenta y marcará los sucesivos años posteriores.

La mortalidad en las prisiones por esta patología, se llevó al primer recluso, fallecido por SIDA a finales de 1984, en la Prisión Modelo de Barcelona, que supuso el caso número 15 de los declarados hasta entonces en nuestro país.

A partir de este momento, comienza a proliferar el número de casos de SIDA de forma casi exponencial, llegando a ser en 1991 España el país europeo con la mayor tasa de SIDA y el tercero en número de casos después de Francia e Italia⁷.

En 1994 el SIDA es la primera causa de mortalidad en Cataluña entre los 20 y 40 años de edad⁸.

En las prisiones, la mortalidad por SIDA aumentó de forma vertiginosa hasta 1996, donde se alcanzan

las cifras más elevadas, llegando a representar en 1996 el 51,8% del total de defunciones en las prisiones de Instituciones Penitenciarias⁹ (II.PP.) y el 69,9% en Cataluña¹⁰. A partir de 1997 se experimenta una tendencia decreciente del porcentaje hasta cifras de 3,1% en II.PP. y 3,2% en Cataluña en 2013.

LA ERA TARGA

Periodo de inflexión en las causas de mortalidad, caracterizado por la aparición de terapias combinadas para el tratamiento de la infección VIH, principalmente a raíz de los experimentos llevados a cabo exitosamente por el Dr. David Ho, quien cambió la técnica de trabajo hasta entonces, en lugar de tratar la enfermedad tardíamente, propuso luchar en las primeras fases, así como tratarla por primera vez con cócteles de medicamentos, también conocido como terapia anti-retroviral altamente activa (HAART en inglés).

Podríamos decir que se inicia en 1996 disminuyendo de forma importantísima la morbilidad por infección VIH, con una disminución de hasta un 25% de nuevos casos, así como de la mortalidad por SIDA, dejando de ser la primera causa de fallecimiento en prisión a partir del año 1998 en Cataluña y del 2000 en II.PP.

Porcentualmente comienzan a ascender otras patologías entre las causas de mortalidad, como por ejemplo las enfermedades de origen digestivo a expensas fundamentalmente de las hepatopatías crónicas como consecuencia de la coinfección con el VHC, llegando a alcanzar porcentajes de hasta un 28,3% del total de las defunciones en España en 2001 y comenzando a descender de forma continuada a partir de 2004 y hasta nuestros días, debido fundamentalmente al aumento de tratamientos con biterapia de interferón y ribavirina.

LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS O LA EPIDEMIA DEL S. XXI

Nos referimos a la actualidad, donde se ha originado un aumento importantísimo de patologías crónicas como se ha podido constatar en el estudio sobre prevalencias realizado por el Grupo de Enfermería de la SESP¹¹, por consiguiente, se origina también un cambio en las causas de mortalidad, debido principalmente a:

- Un aumento en la edad de los reclusos. Basta reseñar, que entre 2007 y 2012 se originó un aumento

de internos del 31% en el grupo comprendido entre 41-50 años y del 41% entre 51-60 años¹².

- Uno de cada dos presos españoles presentan algún tipo de patología crónica¹¹.
- Factores de riesgo característicos para determinadas patologías y causas de mortalidad en las prisiones españolas como: el tabaquismo muy elevado; hiperlipidemias, sedentarismo, etc...
- Cambios en el tipo de drogas y vías de consumo, pasando a ser la cocaína la droga consumida en nuestro país, llevándonos a ser el primer país consumidor de la Comunidad Europea.

Todas estas razones han llevado a que la principal causa de mortalidad en las prisiones actualmente sean las patologías cardiovasculares suponiendo hasta un 55,2% del total de fallecimientos en 2012. Le siguen en importancia las causas tumorales 20,8%.

Estudios de seguimiento temporales de las causas de mortalidad en prisión¹³ han corroborado ese cambio incrementándose hasta 3 veces el porcentaje de fallecimientos por patologías cardiovasculares. En Cataluña también se han constatado el aumento de las causas tumorales^{14,15} y se ha podido observar que se presentan en mayor porcentaje entre pacientes VIH con afectación inmunitaria importante, aunque sin significación estadística.

Las solicitudes de libertad condicional por enfermedad grave en Cataluña fueron muy numerosas entre 1994-1996, presentando una tendencia descendente desde el año 2000 debido a la desaparición del primer puesto como causa de defunción del SIDA¹⁶. El número de libertades anticipadas en la actualidad es muy bajo.

CONCLUSIONES

- Hay una disminución importante de la tendencia de las tasas de mortalidad en general, en prisión.
- Como hemos relatado han habido cambios importantes entre las causas de defunción con el paso de los años y con el cambio de perfil de los ingresados en prisión.
 - El SIDA en la actualidad no supone más de un 3% como causa de fallecimiento.
 - Los fallecimientos por eventos cardiovasculares han aumentado considerablemente, siguiendo de cerca los fallecimientos por causas tumorales.
- Los programas sanitarios de disminución de riesgos y la implantación de tratamientos como los TARGA o las biterapias de interferón y ribavirina, han contribuido considerablemente a esta

disminución en la mortalidad por enfermedades infecciosas.

- En la actualidad, se necesita la implantación de programas sanitarios dirigidos a las patologías crónicas.
- Se deben potenciar las funciones y competencias de la enfermería penitenciaria en esta nueva etapa en la que nos encontramos en la actualidad, para intentar minimizar las patologías crónicas y, consecuentemente, el fallecimiento por las mismas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ruiz-Guzmán J. Historia de las estadísticas de salud. *Gac Med Bol.* 2006; 29 (2): 72-77.
2. Ley Orgánica General Penitenciaria 1/1979 de 26 de Septiembre. (Boletín Oficial del Estado, número 239, 5/10/1979).
3. Fazel S, Baillargeon J. The health of prisoners. *Review. Lancet.* 2011; 377: 956-65.
4. Ministerio del Interior Gobierno de España. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Estadísticas. Consultado 22/4/2014. Disponible en: <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/documentos/estadisticas.html>
5. Martínez-Cordero A. Sanidad Penitenciaria en Imágenes: El tatuaje en la medicina penitenciaria. *Rev Esp Sanid Penit.* 2000; 2 (1): 31.
6. Martínez-Cordero A. Sanidad Penitenciaria en Imágenes: Tatuajes alusivos al consumo de drogas. *Rev Esp Sanid Penit.* 2007; 9 (1): 40.
7. Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Vigilancia Epidemiológica del SIDA en España. Situación a 20 de diciembre de 1991. (Boletín Epidemiológico Semanal, nº 1919, de 25/05/1992). p. 345-347.
8. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Vigilància epidemiològica de la SIDA a Catalunya. Situació fins 31/12/1994. (Buletí Epidemiològic de Catalunya, Vol 17, nº 2 de Febrero 1995). p. 13, 15, 21-23.
9. Ministerio del Interior Gobierno de España. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Boletines epidemiológicos. Consultado 22/4/2014. Disponible: <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/documentos/bEpidemiologicos.html>
10. Generalitat de Catalunya. Departament de Justícia. Serveis penitenciaris. Descriptors estadístics. Consultado 24/4/2014. Disponible en: http://www.gencat.cat/justicia/estadistiques_serveis_penitenciaris/1_pob.html
11. Vera-Remartínez EJ, Borraz-Fernández JR, Domínguez-Zamorano JA, Mora-Parra LM, Casado-Hoces SV, González-Gómez JA, Blanco-Quiroga A, Armenteros-López B, Garcés-Pina E, (GESESP: Grupo de Enfermería de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria). Prevalencia de patologías crónicas y factores de riesgo en población penitenciaria española. *Rev Esp Sanid Penit* 2014; 16(2): 38-47.
12. Gómez L. Los delincuentes peinan canas. *Periódico El País.* 2013 Nov 24; Sec. Política.
13. Garcia-Guerrero J, Vera-Remartínez EJ, Planelles-Ramos MV. Causas y tendencias de la mortalidad en una prisión española (1994-2009). *Rev Esp Salud Pública.* 2011; 85: 245-55.
14. Marco A, Humet V, Guerrero RA. Mortalidad por neoplasias en población penitenciaria catalana con y sin infección por el VIH (2005-2009). *Rev Esp Sanid Penit.* 2010; 12 (Suppl 3): 142.
15. Humet V, Guerrero RA, Marco A. Evolución y causas de mortalidad en la población reclusa de Cataluña en los últimos 20 años (1990-2009). *Rev Esp Sanid Penit.* 2010; 12 (Suppl 3): 143.
16. Humet V, Guerrero RA, Marco A. Evolución de las solicitudes de libertad condicional anticipada por enfermedad muy grave presentadas en Cataluña (1994-2009). *Rev Esp Sanid Penit.* 2010; 12 (Suppl 3): 144.

Consenso para la vacunación en las prisiones españolas

F Ruiz-Rodríguez

Hasta el año 2004 se estima que la introducción de las vacunas en el mundo ha evitado anualmente 5 millones de muertes por viruela, 2,7 millones por sarampión, 2 millones por tétanos neonatal, 1 millón por tos ferina, 600.000 por poliomielitis parálítica y 300.000 por difteria¹.

Algunas vacunas no inducen una inmunidad duradera, por lo que, si no se refuerzan con dosis posteriores, los vacunados vuelven a ser susceptibles; además aún persisten cohortes de población adulta que no se beneficiaron de las estrategias de vacunación, comportándose, en algunos casos, como responsables de brotes de estas enfermedades sometidas a programas de vacunación; entre estos grupos no es raro encontrar a población encarcelada por las características de marginalidad que suele predominar en esta cohorte, por tanto, en las prisiones se deben mantener las estrategias de vacunación recomendadas por los organismos competentes y, por qué no, implementar otras que cubran enfermedades infecciosas de elevadas tasas en el medio penitenciario, intentando conseguir los objetivos epidemiológicos de las estrategias sistemáticas de vacunación.

Desde el Grupo de Enfermedades Infecciosas de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (GEI-SESP) proponemos la siguientes estrategias de vacunación a las personas encarceladas, no se hacen propuestas para los niños ingresados con sus madres por ser una población muy minoritaria y está muy claro el calendario vacunal en la edad pediátrica, y en caso de que haya alguno con problemas médicos fuera de lo común se debe estar a lo que indique el pediatra correspondiente.

VACUNA ANTIGRIPIAL

Es una vacuna eficaz (en personas sanas menores de 65 años previene la enfermedad en alrededor del 80% de los vacunados), muy segura y puede administrarse simultáneamente con otras vacunas, aunque en este caso debe ponerse en extremidades distintas y te-

niendo presente que pueden incrementarse los efectos secundarios y producir falsos positivos en determinaciones serológicas de VIH, VHC y HTLV1².

Como contraindicaciones principales se encuentran: alergia a alguno de sus componentes como proteínas del huevo y/o las proteínas del pollo, a aminoglucosidos y hay que evitarla en personas que desarrollaron Guillain-Barré en 6 semanas previas a vacunación antigripal previa.

Al ser el medio carcelario un medio con una elevada proporción de internos con patologías de base (broncopatías crónicas, infección por VIH, hepatopatías crónicas, etc...) en los que estaría indicada la vacuna por el elevado riesgo de complicaciones³ hace que la relación coste/beneficio de esta vacunación en los encarcelados es claramente favorable⁴ por lo que está claro que esta vacuna debe ofrecerse anualmente a todas la personas ingresadas en prisión salvo contraindicación.

VACUNA CONTRA HAEPOPHTILUS INFLUENZAE TIPO B (HIB)

El ser humano es el único reservorio del HIB diseminándose por vía aérea o por contacto directo con secreciones de los enfermos o de portadores.

El HIB puede provocar enfermedades invasivas (meningitis, neumonía, celulitis y artritis séptica) o por contigüidad (otitis media, sinusitis, conjuntivitis y epiglotitis) siendo una patología que adquiere especial importancia en niños pequeños y adultos inmunodeprimidos.

Es una de las vacunas más seguras en el momento actual y como contraindicaciones se encuentran: la hipersensibilidad conocida a cualquiera de los componentes y reacciones graves, locales o generales, tras la administración de una dosis previa.

La pauta de administración es de una dosis de vacuna conjugada.

Sus indicaciones en el medio penitenciario son las siguientes:

- Personas con asplenia anatómica o funcional, anemia falciforme, inmunodeficiencias congénitas; las personas a las que se vaya a realizar una esplenectomía programada, deben vacunarse al menos 2 semanas antes de la intervención.
- VIH positivos, sintomáticos o asintomáticos: se debe considerar la administración de una dosis en aquellos que no hayan sido vacunados previamente y presenten asplenia; es recomendable vacunar con CD4>200/ μ l (14%).
- Otras situaciones de inmunodepresión y neoplasias hematológicas: Los pacientes con enfermedad de Hodgkin, leucemias o sometidos a radioterapia deberán vacunarse al menos 2 semanas antes de iniciar la quimioterapia o la radioterapia, y si esto no fuera posible, esperar al menos 3 meses tras su finalización.

VACUNA CONTRA EL VIRUS DE HEPATITIS A

La OMS recomienda incluir esta vacunación como parte del plan integral de prevención y control de las hepatitis víricas^{5,6}.

Es una vacuna más inmunógena en jóvenes que en adultos de más edad tras una primera dosis, pero tras la segunda dosis se alcanzan una cifras humorales suficientes en casi la totalidad de los vacunados⁷, considerándose que una determinación positiva cualitativa de Ac anti-VHA totales es signo de inmunidad contra el VHA⁵.

No se han descrito reacciones adversas severas estando contraindicada si: antecedentes de hipersensibilidad a algún componente o a alguna dosis previa y alergia a las proteínas del huevo o del pollo.

Pauta de administración: primovacunación con una dosis, y dosis de recuerdo entre 6 y 18 meses después. Si se utiliza vacuna combinada de hepatitis A+B hay que administrar 3 dosis (0, 1 y 6 meses). También se puede utilizar una pauta rápida de 4 dosis (0, 7, 21-30 días y 12 meses) que está indicada en personas con riesgo de infección en fechas próximas.

En las prisiones se recomienda vacunar: a UDIs, personas con infección VIH, personas con enfermedad hepática crónica, personas con serología positiva frente al VHB (Ag HBs) y/o VHC, homosexuales con contactos sexuales múltiples y manipuladores de alimentos: por el riesgo de transmisión de la enfermedad.

VACUNA CONTRA EL VIRUS DE HEPATITIS B

El examen serológico prevacunacional está indicado en los grupos de riesgo estando considerado dentro de estos a los encarcelados⁸, por lo que se debe ofrecer la realización de esta a todos los internos.

La eficacia protectora está ampliamente demostrada, siendo los que mejor responden los adolescentes y adultos jóvenes sanos, teniendo una respuesta menor los mayores de 40 años, inmunodeprimidos, síndrome de Down, tabaquismo, obesidad y enfermedades cardiopulmonares crónicas.

Es una vacuna muy segura, con raras reacciones de tipo general que se suelen resolver en 24-48 h y las reacciones locales suelen ser leves.

Esta vacuna debe ofertarse la vacunación a todos los internos con serología negativa a VHB [HBsAg (-), anti HBs (-) y anti HBc (-)] y a los que refieren antecedentes de vacunación (no documentada) con títulos de anti HBs inferiores a 10 UI/L. Si se dispone de documentación que acredite la administración de 1 o 2 dosis de vacuna, debe completarse la vacunación (0 y 5 meses en caso de haber recibido una dosis y una sola dosis en caso de haber recibido dos).

Si Ac anti HBc + aislado hay que individualizar: si no hay factores de riesgo y la función hepática es normal debe vacunarse. Si hay coinfección por VIH o VHC se debe realizar un estudio de DNA del VHB y vacunar si es negativo^{9,10}.

La pauta estándar de vacunación es la 0,1 y 6 meses, pudiendo utilizarse en determinadas circunstancias una pauta rápida: 0, 1 y 2 meses y una cuarta dosis a los 6-12 meses, o una pauta acelerada¹¹: 0,7 y 21 días y una 4ª dosis a los 6-12 meses. Las alteraciones moderadas de la pauta (por ejemplo, alargar el intervalo entre las dosis) influyen poco en el resultado final, por lo que, en general, se recomienda proseguir las pautas interrumpidas sin que sea necesario volver a empezar.

En prisión se recomienda usar la pauta rápida o acelerada en pacientes con estancia presumiblemente corta en el centro (preventivos, estancias de menos de 6 meses...) y la estándar si la estancia prevista va a ser superior a 6 meses.

La determinación de anti HBs postvacunación no se considera necesaria en jóvenes sanos, mientras que se recomienda su detección (un mes después de finalizar la vacunación) en pacientes con procesos que puedan comprometer la respuesta inmune a la vacuna: determinar Ac anti HBs al mes de finalizada la pauta vacunal, si es < 10 U/L, debe procederse a la revacunación; si Ac anti HBs >10 U/L se realizarán controles anuales administrando dosis de recuerdo si los niveles son < 10mU/mL.

VACUNA CONTRA EL MENINGOCOCO

La transmisión se realiza por contacto con secreciones respiratorias de portadores; se estima que entre el 5-15 % de adolescentes y adultos jóvenes y menos del 1% de adultos son portadores asintomáticos¹². En nuestro país los serogrupos más frecuentes son el B y el C y hasta mediados de los años 90 el más frecuente era el B, pero los picos que se dieron en esos años fueron de meningococo C; tras la introducción de la vacuna contra el C, aún no hay contra el B, se ha reducido un 87% la incidencia de infección por serogrupo C¹²⁻¹⁴.

En España hay comercializadas vacunas conjugadas y polisacáridas con coberturas similares, siendo las conjugadas más inmunógenas que las polisacáridas al inducir una respuesta timo-dependiente generando memoria inmunológica e importante inmunidad de grupo; son vacunas seguras, bien toleradas y con efectos adversos infrecuentes, leves y transitorios.

La pauta normal es de una sola dosis intramuscular, la conjugada se puede usar vía subcutánea en caso de trombopenia o coagulopatías.

En el medio penitenciario está indicada, tanto en infectados por el VIH como en los no infectados: en contactos con enfermos con enfermedad por meningococo C, pacientes con asplenia anatómica o funcional, convalecientes de enfermedad invasora por meningococo C, pacientes con inmunodeficiencia primaria humoral o mixta y/o deficiencias persistentes en la vía del complemento, linfoma de Hodgkin y otras neoplasias hematológicas, casos con fístulas de LCR.

VACUNA CONTRA EL NEUMOCOCO

El neumococo es la causa de la enfermedad prevenible mediante vacuna que más mortalidad causa en el mundo: 1,6 millones de muertes anuales¹⁵. En prisiones es, junto al M. tuberculosis, el responsable más frecuentemente identificado en la neumonía adquirida en la comunidad (NAC).

En nuestro país hay disponibles dos tipos de vacunas: una polisacárida 23-valente (VNC23) y otra combinada 13-valente (VNC13). La combinada produce una memoria inmunitaria y una respuesta inmune funcional superior a la polisacárida. Ambas vacunas son bien toleradas siendo las reacciones adversas más frecuentes de tipo local.

La pauta con VNC23 es de una dosis y una sola revacunación a los 5 años, mientras que con la VNC13 no se ha establecido la necesidad de revacunar.

Al igual que en el medio extrapenitenciario en prisión se deben vacunar: pacientes con enfermedad crónica renal, hepática, respiratoria o cardiovascular, infectados por VIH, pacientes en espera de trasplante de órgano sólido y trasplantados de órgano sólido y/o progenitores hematopoyéticos, pacientes en quimioterapia por tumor sólido o hematológico, aquellos con enfermedad autoinmune y/o tratados con corticoides, inmunosupresores o productos biológicos, diabéticos, pacientes con fístulas de líquido cefalorraquídeo o implantes cocleares y pacientes con asplenia anatómica o funcional. La Sociedad Española de Patología Respiratoria (SEPAR) recomienda vacunar a fumadores con un índice de consumo acumulado de tabaco (ICAT) de 15 o más paquetes/año aunque no tengan comorbilidad y a todos los fumadores, independientemente del ICAT, que padezcan enfermedad respiratoria. En la tabla 1 se describe la estrategia de vacunación antineumocócica en adultos con patología de base.

VACUNA CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)

Se estima que el VPH es el responsable del 5% de todos los tumores humanos y es causa necesaria para el cáncer de cérvix, siendo los genotipos 16 y 18 los responsables del 70 % de los cánceres cervicales y del 50 % de las lesiones cervicales precancerosas; además hay estudios que evidencian el riesgo de recurrencia tras la exéresis completa de lesiones neoplásicas intraepiteliales cervicales (CIN)¹⁷.

Tabla 1. Estrategia de vacunación antineumocócica en adultos con patología de base

	No vacunados previamente	Previamente vacunados VNP23 (≥ 1año)
INMUNODEPRIMIDOS ASPLENIA FÍSTULA LCR IMPLANTES COCLARES	VNC13 y luego dosis de VNP23 (Intervalo mínimo de 8 semanas)	VNC13 Revacunación con VNP23 si >5 años de 1ª dosis de VNC23
INMUNOCOMPETENTES	VNC13	VNC13

En España hay dos vacunas comercializadas: una tetravalente que cubre los serotipos 6, 11, 16 y 18 y otra bivalente para los serotipos 16 y 18. En ambos casos se consiguen tasas de seroconversión próximas al 100 % y unos títulos de Ac 100 veces superiores a los adquiridos por la infección natural y han demostrado su eficacia en mujeres previamente tratadas de lesiones cervicales por VPH; además, las dos vacunas han demostrado generar protección cruzada frente a varios serotipos no vacunales.

Ambas vacunas han demostrado su eficacia en mujeres mayores de 26 años, la tetravalente está demostrada su eficacia hasta los 45 años, y con la bivalente unos títulos de Ac hasta 11 veces superiores que por la infección natural en mujeres entre 46 y 55 años¹⁸.

Se ha descrito algún caso de Guillain-Barré con la tetravalente y cuadros banales de afectación del estado general con ambas, además de los efectos secundarios habituales en la zona de la inyección.

Ambas son de administración intramuscular, la tetravalente en pauta 0-2-6 meses y la bivalente en pauta 0-1-6 meses. De momento no se ha establecido la necesidad de dosis de recuerdo ni de la intercambiabilidad entre ambas.

En el documento se recomienda vacunar a las internas hasta los 26 años, independientemente de su actividad sexual; ofertar la vacuna a las mujeres entre 26 y 45 años, individualizando en función de actividad sexual; vacunar a todas las mujeres, independientemente de su edad, que hayan sido tratadas de lesiones cervicales y ofertar la vacunación tetravalente a hombres (≤ 26 años) que tengan relaciones sexuales con otros hombres.

VACUNA CONTRA RUBEOLA, SARAMPION Y PAROTIDITIS

La triple vírica es una vacuna con virus vivos atenuados y no hay datos específicos sobre la seguridad ni la inmunogenicidad en adultos y adolescentes.

Como todas las vacunas con gérmenes vivos está contraindicada en embarazadas y en personas con alergias a alguno de los componentes y puede interferir con el resultado de la tuberculina.

Efectos secundarios a destacar son trombocitopenia, generalmente transitoria, convulsiones (1/3000) y encefalopatía (1/10⁶).

En prisión se debe vacunar a todos los internos menores de 45 años en los que no se pueda demostrar inmunización o si el interno no ha pasado la enfermedad; en caso de duda se solicitará la serología pero no de forma rutinaria. En caso de aparición de un caso de

cualquiera de las tres patologías en el centro, vacunar a los no inmunizados/no inmunes y en casos necesarios aplicar inmunoglobulina, en los casos de postexposición se debe de administrar la vacuna dentro de las primeras 72 horas en los no inmunizados y VIH con CD4>200. En caso de inmunosupresión grave dar inmunoglobulina inespecífica. La pauta de vacunación sería de 2 dosis subcutáneas de 0,5ml separadas por un intervalo de 1 mes.

VACUNA CONTRA TÉTANOS, DIFTERIA Y TOSFERINA

En nuestro país solo están comercializadas vacunas combinadas para adultos tétanos-difteria. Son vacunas muy eficaces y seguras, con efectos secundarios generalmente de tipo local.

Un adulto que inicia vacunación antitetánica debe recibir un total de 5 dosis lo que le proporciona una protección duradera frente al tétanos y difteria. En caso de vacunación previa no hay que reiniciar la vacunación: dosis puesta, dosis que cuenta, por ello es muy importante interrogar al ingreso sobre antecedentes vacunales.

En adultos sin vacunación previa se utilizará una pauta 0-1-6 meses-10 años-10 años. En los que hayan recibido alguna dosis previa se completará la vacunación hasta totalizar las 5 dosis.

La vacuna de la tosferina en adultos ingresados en centros penitenciarios se indicará en contactos a los que se le haya recomendado profilaxis antibiótica y no hayan recibido ninguna dosis en los últimos 10 años. La inmunidad originada por esta vacuna es de corta duración por lo que en caso de brote el estar vacunado no excluye la correspondiente quimioprofilaxis.

VACUNA CONTRA LA VARICELA

La varicela en adultos puede desarrollar complicaciones graves en un 5 % de la población subiendo al 32 % en inmunocomprometidos en los que la mortalidad puede llegar a cifras entre el 7-20 %.

Es una vacuna muy efectiva tanto para prevenir la enfermedad como para disminuir la gravedad en caso de contraerla.

Las tres comercializadas están contraindicadas en embarazadas y en caso de inmunodeficiencia primaria o adquirida de tipo celular o mixta a no ser que se encuentren en fase de remisión hematológica completa con recuento total de linfocitos $>1200/\text{mm}^3$ y sin evidencia de deficiencia inmunitaria celular.

Vacuna	Indicación	Recomendación
Triple vírica	Solo si riesgo	Dos dosis separadas 1 mes. Descartar embarazo antes en mujeres
Tuberculosis	Contraindicada	Si riesgo realizar TITL
Varicela	Solo si riesgo	2 dosis con intervalo mínimo de 4 semanas
Tétanos difteria	Recomendada	Mismas dosis que inmunocompetentes
HIb	Solo si riesgo	
Neumococo	Recomendada	VCN13 una dosis, si VCN23 cada 5 años
Meningococo	Solo si riesgo	Revacunar cada 3 años
Gripe	Recomendada	En campaña anual
VHA	Recomendada si serología negativa	
VHB	Recomendada si Ac anti HBs <10 U.	Valorar en Ac anti HBc aislado
VPH	Mujeres infectadas hasta 26 años de edad, mujeres tratadas por lesiones cervicales y en HSH <26 años	Recomendar a mujeres < 46 años en función de actividad sexual. En HSH utilizar la vacuna tetravalente

Actualmente esta vacuna se debe poner en prisión en caso de brotes y población inmigrante sin historia previa de enfermedad o vacunación contra la varicela, mujeres en edad fértil que no hayan pasado la enfermedad ni hayan sido vacunadas previamente (prevención de varicela congénita); pacientes con leucemia aguda y hemopatías malignas; pacientes con trasplante programado de órganos; pacientes con enfermedad pulmonar crónica, enfermedades cardiovasculares, enfermedad cutánea diseminada, diabetes, neuropatías crónicas, síndrome nefrótico y mucoviscidosis.

VACUNACIONES EN INFECTADOS POR EL VIH

Para la vacunación en estos pacientes debe tenerse en cuenta que las ventajas e inconvenientes de la misma es diferente al resto de la población no infectada debido a la alteración del sistema inmune, además de la influencia de la vacuna sobre la replicación viral.

De forma general la vacunación de estos pacientes se debe realizar con cifras de CD4 por encima de 200/mm³ ya que por debajo de estas cifras la respuesta vacunal es menor.

Debe recordarse que las vacunas atenuadas (fiebre amarilla, parotiditis, rubéola, sarampión, varicela, polio oral, tuberculosis, antitífica oral y cólera) pueden implicar riesgos para los pacientes inmunodeprimi-

dos, por lo que solo debe usarse si están debidamente indicadas, no hay otra alternativa eficaz y el paciente tiene más de 200 CD4/mm³.

En la tabla 2 se recogen las recomendaciones sobre vacunación en adultos en prisiones infectados por el VIH

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Grupo de trabajo de vacunación de adultos de la ponencia de programas y registro de vacunaciones. Vacunación en adultos. Recomendaciones año 2004. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Zubizarreta R, Rego E, Nartallo V. Vacunación antigripal (revisión 09/10/2012). Guías Clínicas Fisterra. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/vacunacion-antigripal/>. [acceso 01/03/2013].
- Bayas JM, Vivella A. Vacunas en la población penitenciaria. Rev Esp Sanid Penit 2002; 4: 39-42.
- Bayas JM, Sequera VG. Vacunación en población encarcelada. Una revisión. Rev Esp Sanid Penit 2012; 14: 99-105.
- WHO: The immunological basis for immunization series: module 18- hepatitis A. Ginebra, OMS, 2010. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501422_eng.pdf.

PONENCIAS

Ponencias y comunicaciones del X Congreso Nacional y XVIII Jornadas de la SESP
Barcelona, 23, 24 y 25 de octubre de 2014 – www.congresosesp.es

6. Campins M., Moraga F.A. “Estrategia de vacunación frente a la hepatitis A”. En de Juanes J.R. “Actualización en vacunas 2004”. Marco Gráfico, Madrid 2004: 121-132.
7. Lemon SM. Immunologic approaches to assessing the response to inactivated hepatitis A vaccine. *Journal of Hepatology*, 1993, 18 Suppl. 2: S15–19.
8. Lok AS, McMahon BJ. Chronic Hepatitis B. AASLD Practice Guidelines. *Hepatology* 2007 ; 45: 507-539.
9. Lok AS, Lai CL, Wu PC. Prevalence of isolated antibody to hepatitis B core antigen in an area endemic for hepatitis B virus infection: implications in hepatitis B vaccination programs. *Hepatology* 1988; 8: 766-770.
10. Alhabadi F, Sallam T, Tong W. The significance of “anti-HBc only” in the clinical virology laboratory. *J Clin Virol* 2003; 27: 162-9.
11. Torres Salinas M. Hepatitis B en situaciones especiales. Consenso para el tratamiento de las hepatitis B y C. *Gastroenterol Hepatol* 2006; 29 (Supl 2) 76-81.
12. Ponencia de Programas y Registro de Vacunaciones de la Comisión de Salud Pública del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Grupo de trabajo MenCC 2012. Revisión del programa de vacunación frente a enfermedad meningocócica por serogrupo C En <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/MenC.pdf> (acceso 17/4/13).
13. Farjas MP, Zubizarreta R. Consellería de Sanidade. SERGAS. Guías Clínicas Fisterra. Revisión el 17-0-2008. En: <http://www.fisterra.com/ayuda-en-consulta/informacion-para-pacientes/vacunacion-frente-al-meningococo/> (acceso 02/4/13).
14. Farjas M. Pilar, Zubizarreta, R. Manual de Vacunación de Adultos. (Capítulo VII. Vacuna Meningocócica). Actualizada 15-01-2008 En: <http://www.fisterra.com/ayuda-en-consulta/vacunas/meningococica.asp> (acceso 02/4/13).
15. World Health Organization (WHO). 23-valent pneumococcal polysaccharide vaccine. WHO position paper. *Wkly Epidemiol Rec* 2008; 83: 373-84.
16. Jiménez-Ruiz C, Solano S, Riesco JA, Altet N, Signes-Costa J, Lorza JJ, et al. Recomendaciones para la vacunación neumocócica en fumadores. *Prev Tab* 2012;14:174-7.
17. Torné A, Bayas JM, Castellsagué X, Castro M, García-García E, Martínez-Escoriza JC, et al. Vacunación frente al cáncer de cérvix en mujeres fuera de los programas de vacunación sistemática, con o sin infección por el virus del papiloma humano o lesión cervical. Encuesta de opinión y recomendaciones. *Prog Obstet Ginecol* 2012; 55 (Supl. 1): 10-31
18. Schwarz TF, Spaczynski M, Schneider A, Wysocinski J, Galaj A, Schulze K, et al. Persistence of immune response to HPV-16/18-AS04-adjuvanted cervical cancer vaccine in women aged 15-55 years. *Hum Vaccin* 2011; 7: 958-65.

Integración de la Sanidad Penitenciaria del País Vasco en Osakidetza. Tres años de experiencia

A Bengoa

CP. Martutene. Osakidetza. Donostia-San Sebastián

RESUMEN

Se han cumplido tres años de la transferencia de la asistencia sanitaria de los tres centros penitenciarios del País Vasco al Servicio Vasco de Salud - Osakidetza. A lo largo de este tiempo se han producido cambios considerables como la integración de los centros de salud penitenciarios en la red de Atención Primaria y en la Red de Salud mental comunitaria, una mayor coordinación con la asistencia especializada y hospitalaria, la implantación de la historia clínica informatizada, la creación y legalización de los Depósitos Farmacéuticos, programas de Telemedicina y otros.

El 1 de julio de 2011 se produjo la transferencia de la sanidad penitenciaria de los tres centros del País Vasco al Servicio Vasco de Salud-Osakidetza con una estrategia claramente integradora (1). Tres años después, con el modelo asistencial puesto en marcha (2), los principales cambios realizados son los siguientes:

- **Integración en las Comarcas de Atención Primaria correspondientes** (3) pasando a participar en sus estructuras, con reuniones mensuales con la dirección y los Jefes de Unidad de AP (JUAP) de la Comarca de AP, en la formación ofertada por la comarca y los Servicios Centrales (SSCC), con la posibilidad de acudir a otros centros de salud para sesiones clínicas e inicio de sesiones en nuestros centros, etc.
- **Integración en la red de Salud Mental Comunitaria**, creándose un centro de salud mental (CSM) en el interior del CP dependiente de la red de Salud Mental de Osakidetza (4). En algunos centros la dedicación por parte de los profesionales de psiquiatría es completa, y en otros a tiempo parcial, compartiendo la asistencia en los CSM comunitarios y penitenciarios. En dos de los centros estos equipos tratan también las toxicomanías, que con anterioridad a la transferencia dependían de organizaciones externas a la prisión.
- **Historia clínica informatizada:** acceso al historial del interno desde el primer momento de su

ingreso en prisión. Contiene toda la información clínica y es el principal medio de información entre los profesionales que intervienen en la atención del paciente. El acceso a esta información (informes de especialistas, resultados de laboratorio, imágenes radiológicas o citas pendientes) permite una mejora sustancial en la atención al paciente y en la continuidad de cuidados, evitando duplicidades y desplazamientos innecesarios.

- **Creación del depósito de medicamentos** dependiente del servicio de farmacia del hospital de referencia, con una farmacéutica hospitalaria que va integrando al centro en la dinámica de la dispensación hospitalaria y con una cartera de medicamentos común con el hospital. Los tres depósitos de medicamentos están ya legalizados y se ajustan a las normas de seguridad, prescripción electrónica, control de gasto, ... de la comunidad.
- **Telemedicina:** facilita las interconsultas entre profesionales o las consultas de los pacientes con los especialistas del hospital de referencia (4) y en muchos casos evita desplazamientos innecesarios. Este servicio tiene un diferente grado de desarrollo en cada centro, pero cuenta con una muy buena valoración en los C.P. en los que ya está implementándose.
- **Formación.** Desde el comienzo de la transferencia se vio la necesidad de formar a los futuros

profesionales sanitarios comunitarios que serán el recambio de los actuales. Se han realizado dos cursos teórico-prácticos de formación específica en Sanidad Penitenciaria en 2012 y 2014, con posterior rotación por los CP, sirviendo el del presente año para realizar además una reflexión sobre los tres años de andadura. Las ponencias de los mismos se han colgado en la web de Osakidetza para acceso de todos los profesionales interesados. Como complemento, desde hace dos años, alumnas de 3º y 4º de enfermería están rotando por los Centros durante 6 semanas, estando prevista a partir del año próximo la rotación de Enfermería Comunitaria (especialidad) y MIR de MF y C respectivamente.

- **Otros aspectos:** mejora del equipamiento en general y de diagnóstico en particular, con la incorporación de dispositivos como ecógrafo, espirómetro, doppler, MAPA (medida ambulatoria de presión arterial), coagulómetro, bisturí eléctrico, etc... El uso habitual de ellos por parte de los profesionales mejora la capacidad diagnóstica y terapéutica, y por tanto, la resolución de casos.

A considerar además la rotación del personal sanitario del CP por diferentes Centros de Salud y consultas hospitalarias para reciclaje por diferentes servicios.

Posibilidad de acceso a portales web clínicos que contienen todas las bases de datos y bibliotecas incluidas en Osakidetza. Además de ofrecer formación e información permiten que los diferentes profesionales que tratan al mismo paciente accedan a las mismas

guías de práctica clínica y protocolos consensuados entre todas las organizaciones y así mejorar la coordinación y continuidad asistencial.

El uso de la mensajería interna, por otra parte, facilita enormemente la comunicación entre profesionales de distintos ámbitos.

CONCLUSIONES

Tras tres años de transferencias, la experiencia muestra muchas más luces que sombras y creemos que estamos realizando un camino que en el futuro podría ampliarse a otras CC.AA.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Real Decreto sobre traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma del País Vasco en materia de sanidad penitenciaria 894/2011, de 24 de junio. (Boletín Oficial del Estado nº 155, de 30/06/11).
2. Zulaika D, Etxeandia P. Un nuevo modelo asistencial penitenciario: la experiencia del País Vasco. *Rev Esp Sanid Penit.* 2012; 1491-98.
3. Archanco C. Integración de la Sanidad Penitenciaria en el Sistema Nacional de Salud. Traspaso de competencias. *Rev Esp Sanid penit.* 2006; 8.100-2.
4. Arroyo JM, Astier P. Calidad asistencial en Sanidad Penitenciaria. Análisis para un modelo de evaluación. *Rev Esp Sanid Penit.* 2003; 5: 60-76.

Enfermería penitenciaria, ¿es necesaria una formación específica?

A Coll-Cámara

Área de Sanidad de la Dirección General de Servicios Penitenciarios. Barcelona

Abstract: La formación del título universitario de enfermería no contempla la especificidad de diferentes áreas de esta profesión como son: la enfermería en urgencias y emergencias, la enfermería intensiva y unidades coronarias, la enfermería quirúrgica, la gestión, etc. En el caso que nos ocupa, la enfermería penitenciaria se une a esta situación, es decir, las discrepancias que existen entre la situación real y la situación ideal que los enfermeros de prisiones requieren para desarrollar su labor en este contexto. Autores de diferentes países defienden la especificidad de la enfermería penitenciaria, así como la necesidad de estar formados en unos contenidos de acuerdo a los condicionantes de salud de la población reclusa y las características del contexto penitenciario, así como de su normativa y aspectos legales.

Conclusión: Considerando que la titulación del enfermero/a generalista no incluye los conocimientos necesarios en enfermería penitenciaria, se presentó a la comunidad educativa una propuesta de formación de postgrado, una asignatura optativa y una guía de fundamentos en enfermería penitenciaria que cubriesen las necesidades formativas para llevar a cabo su atención en este contexto.

PONENCIA

La situación actual de la enfermería en los centros penitenciarios de Cataluña contempla diferentes aspectos formativos. Por un lado, existe un grupo de enfermeros heterogéneo, es decir, un grupo de profesionales que a través de los años y la experiencia han adquirido la formación y todas aquellas habilidades sociales que configura la socialización^{1 (1)} del enfermero/a en el medio penitenciario. Por otro lado, existe un grupo de profesionales, interinos y personal eventual, con características muy diferentes. Algunos de ellos cuando inician su vida laboral como enfermeros/as de prisiones tienen formación de segundo ciclo en las áreas de enfermería de mayor demanda (drogodependencias, salud mental, enfermedades infectocontagiosas, urgencias, salud pública, atención primaria), pero en contrapartida con un total desconocimiento del medio. Otros han tenido una primera aproximación a través de las prácticas de la diplomatura o del grado pero no tienen formación de segundo ciclo en relación a las áreas de la enfermero/a penitenciario/a. Lo que si es cierto, es que a todos les falta lo más importante para poder trabajar

como enfermeros/as de prisiones, que es conocer el entorno, el tipo de paciente, el saber interactuar tanto con el paciente-interno como con los diferentes colectivos que trabajan en un centro penitenciario (equipos de vigilancia y tratamiento), así como la reglamentación y la normativa. Paralelamente, también existen otros aspectos del profesional como: valores, creencias, miedos al propio medio,... que pueden repercutir a la hora de dar una atención sanitaria de calidad.

Diferentes autores describen que la población reclusa concentra unos condicionantes de salud sobrerrepresentados en relación a la población general⁽²⁾⁽³⁾ como son: las drogodependencias, las enfermedades infectocontagiosas (VIH/SIDA, tuberculosis, hepatitis B y C e infecciones de transmisión sexual), trastornos mentales, así como los factores que derivan de la atención en situaciones límite (autolesiones, ingesta de cuerpos extraños, *body packer/body stuffer*, huelga de hambre, motines y revueltas, etc.). Estos condicionantes no difieren entre países, tanto en el continente europeo como en el americano se describen los mismos factores de salud como rasgos definitorios de la atención sanitaria de los reclusos⁽²⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾. Además,

¹ Fermoso (1994): Habilidades sociales que cuentan con las principales destrezas sociales, configurando la socialización, en cuanto ésta supone supervivencia, porque, por su naturaleza, no pueden figurar entre ellas el componente mental referido a creencias, formas de pensar, valores y códigos morales más repetidos en la comunidad de la que se parte. Esta es la razón que justifica su aparente superficialidad, aunque muchas requieren madurez, control emocional y buena disposición para que las relaciones con los demás sean positivas y beneficiosas.

existen otras circunstancias que influyen en el bienestar del recluso como son el contexto penitenciario, la privación de libertad, las influencias regimentales y/o legales, las diferencias culturales, grupo étnico, creencias y valores del paciente.

El contexto penitenciario es un espacio de comunicación, acciones y normas que determina las relaciones que se llegan a desarrollar entre los agentes que viven (internos/as) y conviven (personal) dentro de la institución⁽¹⁰⁾. Dentro de este contexto, nos encontramos con los constructos de prisionización y subcultura carcelaria. Diferentes autores⁽¹¹⁾⁽¹²⁾⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾ definen la prisionización como la asimilación por parte de los internos de hábitos, usos y cultura de la prisión y una disminución del repertorio de la conducta humana como resultado de una permanencia prolongada en una institución total. Goffman⁽¹³⁾ define la institución total como: “*Un lugar de residencia y trabajo donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria administrada formalmente*” (p. 18). Esta forma de organización como institución social no sólo es propia de los centros penitenciarios, sino que también incluye hospitales, centros psiquiátricos, campos de trabajo y concentración, cuarteles...

Dentro de este tipo de funcionamiento aparece un tipo de organización formal entre los presos que da paso a la denominada subcultura carcelaria⁽¹¹⁾⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾ como código o normas de conductas surgido desde los propios internos como garantía estructural de resistencia permanente contra la institución total. Este código gira alrededor del principio de lealtad, solidaridad y de no delación.

Por otra parte, la privación de libertad supone un cambio sustancial en la vida del individuo. Desde el momento que se ingresa en un centro penitenciario se pierden valores importantes como la privacidad, dado que los internos conviven en la celda acompañados; la libertad, porque se ve mermada a la hora de tomar decisiones y de actuar; por el cumplimiento de la normativa interna y por la presencia del funcionario durante las actividades cotidianas.

Además, el cumplimiento de condena conlleva una desvinculación de la familia, los amigos y del contexto social donde habitualmente se mueve el individuo. Esta rotura provoca una serie de cambios en su estado emocional que pueden acabar produciendo crisis de ansiedad, estados depresivos y falta de confianza con los profesionales y sus compañeros/as⁽¹⁸⁾. Todos estos cambios emocionales y de aptitudes motivados por la institucionalización del individuo pueden llegar a dificultar la fluidez en sus actos y por tanto, también en materia de salud.

Otro factor a tener en cuenta son los aspectos regimentales y/o legales, ya que los internos reivindican sus derechos utilizando su cuerpo como vehículo de protesta. Existen muchas maneras de reclamar la atención con el objetivo de conseguir su propósito: huelga de hambre, ingesta de cuerpos extraños, autolesiones, ahorcamiento, negativa a tomar la medicación, etc. Según el Grupo de Trabajo sobre Salud Mental en Prisión⁽¹⁹⁾, ante estos sucesos hay que saber diferenciar entre la reivindicación o la demanda de ayuda oculta. Por este motivo, es importante que el profesional de enfermería cuente con los conocimientos y las habilidades que ayuden a identificar el origen del problema y poder dar una atención adecuada a cada caso y paciente, es decir, una atención individualizada⁽¹⁰⁾.

Siguiendo en este escenario, entraríamos en el área de formación del enfermero/a de prisiones con el objetivo de analizar y valorar los conocimientos adquiridos por los profesionales de enfermería. Felton et al⁽²⁰⁾ explican que históricamente las escuelas de enfermería han sido poco sensibles en la formación enfermera de acuerdo con las necesidades de salud de la población reclusa. Evans⁽²¹⁾ describe que las enfermeras que empezaban a trabajar en las cárceles iniciaban su carrera laboral sin haber tenido ningún tipo de formación específica para este rol único y diverso, teniendo en cuenta que la enfermería penitenciaria se desarrolla en un contexto complejo y con dilemas profesionales.

Destacar que no hay ningún país que contemple contenidos específicamente relacionados con la enfermería penitenciaria en la formación del enfermero/a generalista. Autores como Perry et al⁽⁸⁾ describen que el tener cuidado en el medio penitenciario requiere de conocimientos, habilidades y experiencia en este contexto. Weiskopf⁽²²⁾ describe que hay implicaciones en la práctica enfermera para asegurar la mejora de los resultados de la salud de los reclusos, la integridad de la práctica enfermera, el cuidado y la seguridad del enfermero/a y el paciente. Haley et al⁽²³⁾ refieren que para prestar una atención de salud de calidad en los centros penitenciarios, los profesionales precisan de una formación en conocimientos especializados, habilidades y toma de consciencia del medio que no es habitual en otros centros de salud. La literatura revisada revela que la enfermería penitenciaria tanto en América como en Europa, atiende a una población con unos mismos condicionantes de salud: problemas de drogodependencia, salud mental, enfermedades infectocontagiosas y crónicas, aquellas derivadas de las situaciones límite y urgencias⁽¹⁰⁾⁽²⁴⁾⁽²⁵⁾⁽²⁶⁾⁽²⁷⁾⁽²⁸⁾.

Según la American Nurses Association (ANA) la enfermería correccional es una especialidad única. Es un combinado de salud pública, salud comunitaria,

salud ocupacional, atención ambulatoria, medicina de emergencias y escuela de enfermería. Los estándares de la enfermería penitenciaria publicados por la ANA mencionan que el trabajo de las enfermeras de prisiones consiste en cuidar a personas con enfermedades complejas o con múltiples problemas de salud. Las actividades de enfermería penitenciaria incluyen la evaluación del paciente, la administración de los medicamentos, tratamientos y evaluación de sus efectos, intervenciones en crisis, la educación y el cuidado del paciente ⁽²⁹⁾.

Este ámbito complejo para la práctica enfermera presenta muchos desafíos sin beneficiarse de una formación específica en términos de filosofía del conflicto, la misión y la terminología del sistema judicial-penal y los factores criminógenos ⁽³⁰⁾ todos ellos relevantes para desarrollar su labor en este ámbito. La atención enfermera se experimenta como una tentativa para negociar las fronteras entre las culturas de la custodia y el cuidado. Esta actitud se enfrenta a desafíos complejos y a una serie de limitaciones en la relación terapéutica paciente-enfermero/a ⁽²²⁾.

Diferentes instituciones gubernamentales como la National Commission on Correctional Health Care (NCCHC), la American Nurse Association (ANA), la Royal College of Nursing of UK (RCN) y el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) han elaborado documentos donde quedan recogidas las características del contexto penitenciario y los problemas de salud de la población reclusa, describiendo el rol y las intervenciones en las que el enfermero/a debe ser competente. La NCCHC estadounidense expide desde el año 1991 el Certified Correctional Health Professional Registered Nurse (CCHP-RN). Con este certificado se amplía y se profundiza en las áreas y conocimientos para que el profesional enfermero/a pueda afrontar los retos de la sanidad penitenciaria.

La realidad actual de los estudios del título de grado en enfermería en España sólo contempla la formación del enfermero/a generalista. Por ello, a los nuevos graduados les falta la formación y las competencias que se requieren para poder trabajar en áreas específicas, como es el caso de los enfermeros penitenciarios ⁽¹⁰⁾.

Ámbitos de la enfermería como la enfermería de urgencias y emergencias defienden una formación específica y especializada para desarrollar su atención profesional. Según la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEU) es difícil que una persona que sólo disponga de la formación generalista pueda estar en condiciones de dar los cuidados que requieren las personas que ven amenazadas sus funciones vitales. Las asociaciones científicas como la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC) han mantenido una intensa

actividad formativa y de impulso en el reconocimiento de las competencias específicas que requieren los profesionales de enfermería para trabajar en estas áreas.

Canals ⁽³¹⁾ ya argumentaba que la formación especializada de la enfermería quirúrgica no se incluía en el plan de estudios, siendo necesaria una formación posterior a la obtención del título de enfermería.

Otro ámbito en el que se precisa una formación específica es el área de la gestión de enfermería. Barquero et al ⁽³²⁾ describen que la formación básica del enfermero/a, tal como está planteada, no capacita a los profesionales para ejercer en puestos de gestión. La formación impartida en el título de enfermería es fundamentalmente para capacitar a profesionales generalistas. Así pues, existe la necesidad de formar específicamente a las personas que deben desarrollar tareas de gestión y dirección. Los contenidos de esta formación se adquieren mediante formación de postgrado ⁽³³⁾.

Así pues, podemos decir que la formación del enfermero/a generalista no cubre las necesidades formativas como las anteriormente descritas y las defendidas por la autora de esta ponencia en la tesis *“El fenómeno de la enfermería penitenciaria: un propuesta formativa”* ⁽¹⁰⁾, tal como lo manifestaron los enfermeros expertos en los siguientes resultados (Gráficos 1 y 2):



Gráfico 1



Gráfico 2

Complementariamente en el grupo focal los gestores/jefes de enfermería, concibiendo la necesidad de una formación de segundo ciclo, opinaron y discutieron la siguiente pregunta:

“¿Pensáis que con la formación de enfermero/a generalista hay suficientes conocimientos para trabajar en prisiones?”

Los gestores consideraron que los enfermeros deberían acabar la carrera con formación sobre la especificidad del medio penitenciario, además de otros comentarios como:

“[...] Creo que se debería hacer una formación específica antes de empezar a trabajar en el medio, informando de su especificidad (Gestor 1)”

“[...] Primero deberían conocer el medio para poder trabajar (Gestor 2)”

“[...] Sí, pero falta la especificidad del medio que es muy peculiar (Gestor 3)”

En este sentido, y con la idea de poder presentar a la comunidad educativa una proposición de formación de acuerdo con las necesidades objetivadas, diseñamos las bases metodológicas y pedagógicas para las siguientes propuestas:

1. Formación de postgrado, en este caso título de experto. Esta propuesta fue valorada en profundidad por la Facultad de Ciencias de la Salud Blanquerna y se incorporó a la oferta de formación de títulos de experto del curso 2013-2014 y actual 2014-2015 de la Universidad Ramon Llull.
2. Lo que se pretende con esta formación es preparar a los enfermeros/as para dar unos cuidados integrales de enfermería al interno-paciente, y que adquieran las capacidades y habilidades para detectar, planificar, intervenir y evaluar las necesidades de salud dentro del contexto penitenciario.
3. Asignatura optativa. Consistiría en incluir en el plan de estudios del título de grado de enfermería una asignatura optativa con los fundamentos de la enfermería penitenciaria. Esta sería una buena opción para aquellos estudiantes interesados en formarse en este ámbito de la salud.
4. Una guía con los fundamentos de la enfermería penitenciaria que sirviera como instrumento de consulta para todos los enfermeros/as en general, y especialmente, para aquellos que trabajen en el medio penitenciario.

Para finalizar, señalar que la enfermería penitenciaria abarca un abanico de aspectos no sólo propios

de la salud, sino también todos aquellos relacionados con la comunidad penitenciaria, es decir, entre la custodia y el cuidado. Se trata de una simbiosis entre el ser privado de libertad y el cuidador, el cual debe ser capaz de revitalizar la profesión recordando cuáles son sus fines legítimos y qué hábitos debe desarrollar para conseguirlos ⁽³⁴⁾.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fermoso P. Pedagogía social. Barcelona: Herder, 1994.
2. OEDT. El problema de la drogodependencia en Europa. Informe anual. [Online]; 2005 [cited 2013 4 16]. Available from: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_37249_ES_TDAC05001ES1.pdf.
3. Vicens E, Tort V, Dueñas RM, Muro A, Pérez-Arnau F, Arroyo JM, et al. The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. *Criminal Behavior Mental Health*. 2011; 21(5): p. 321-332.
4. Borrill J, Maden A, Martin A, Weaver T, Stimson G, Farrell M, et al. Differential substance misuse treatment needs of women, ethnic minorities and young offenders in prison: prevalence of substance misuse and treatment needs Home Office Development and Practice Report 8. London: Home Office RDS; 2003.
5. Lester C. Health indicators in a prison population: asking prisoners. *Health Education Journal*. 2003; 62(4): p. 341-349.
6. Condon L, Gill H, Harris F. A review of prison health and its implications for primary care nursing in England and Wales: the research evidence. *Journal of Clinical Nursing*. 2007; 16(7): p. 1201-1209.
7. WHO. Regional Office of Europe. WHO guide to the essentials in prison Health. [Online]; 2007 [cited 2013 9 23]. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/99018/E90174.pdf.
8. Perry J, Bennett C, Lapworth T. Nursing in prisons: Developing the specialty of offender health care. *Nursing Standard*. 2010; 24(39): p. 35-40.
9. Marzano L, Ciclitira K, Adler J. The impact of prison staff responses on self-harming behaviors: Prisoners' perspectives. *British Journal of Clinical Psychology*. 2012; 51(1): p. 4-18.
10. Coll A. El fenomen de la infermeria penitenciària: Una proposta formativa. Tesis doctoral. Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna. Universitat Ramon Llull. 2014.

11. Clemmer P. *The prison community* Boston: Christopher Publishing Co.; 1940.
12. Pinatel J. *La sociedad criminógena* Madrid: Aguilar; 1969.
13. Goffman E. *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. 72001st ed. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1970.
14. Pérez E, Redondo S. Efectos psicológicos de la estancia en prisión. *Papeles del psicólogo*. 1991; 48: p. 54-57.
15. Sykes G. *The society of captives* Nova York: Princeton University Press; 1958.
16. Gibbens T. *Psychiatric studies of Borstal Lads* Nova York: Oxford University Press; 1963.
17. Caballero J. *La vida en prisión: el "código" del preso*. *Cuadernos de política criminal*. 1982; 18: p. 589-598.
18. Redondo S, Funes J, Luque E. *Justícia penal i reincidència* Barcelona: Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada. Col·lecció Justícia i Societat, 9; 1993.
19. Grupo de Trabajo sobre Salud Mental en Prisión (GSMP). *Documento de Consenso*. [Online]; 2006 [cited 2011 3 5. Available from: <http://www.alansaludmental.com/retos-en-sm/salud-mental-penitenciaria/grupo-de-trabajo-de-salud-mental-penitenciaria/> .
20. Felton G, Parsons M, Satterfield P. Correctional facilities: a viable community Health practice site for students. *Journal of Community Health Nursing*. 1987; 4: p. 111-5.
21. Evans N. Preparing nurses to work effectively in the prison environment. *British Journal of Nursing*. 1999; 8(19): p. 1324-26.
22. Weiskopf CS. Nurses' experience of caring for inmates patients. *Journal of Advanced Nursing*. 2005; 49(4): p. 336-343.
23. Haley HL, Ferguson W, Brewer A, Hale J. Correctional health curriculum enhancement through focus groups. *Teaching and Learning in Medicine*. 2009; 21(4): p. 310-7.
24. Geiman D, O'Brien P. Correctional nursing moves to the head of the class. *Corrections today*. 2008; p. 68-70.
25. Royal College of Nursing. *Health and nursing care in the criminal justice service*. [Online]; 2009 [cited 2013 2 15. Available from: http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0010/248725/003307.pdf .
26. Borri B, Patriarca P. *L'assistenza infermieristica in carcere dopo la riforma della sanità penitenziaria: Salute in carcere*. [Online]. Firenze: <http://www.oipat.org/materiale/TakeCare2010/TC201008.pdf>; 2010 [cited 2013 1 16. Available from: <http://www.oipat.org/materiale/TakeCare2010/TC201008.pdf> .
27. Almost J, Gifford WA, Doran D, Ogilvie L, Miller C, Rose DN, et al. Correctional nursing: a study protocol to develop an educational intervention to optimize nursing practice in a unique context. *Implementation Science*. 2013; p. doi:10.1186/1748-5908-8-71.
28. Schoenly L, Knox CM. *Essential of Correctional Nursing* New York: Springer Publishing Company, LLC; 2013.
29. ANA (American Nurse Association). *Correctional Nurse Educator*. [Online]; 2007 [cited 2013 1 20. Available from: <http://www.correctionalnurseeducator.com/> .
30. Kent-Wilkinson A. Forensic nursing educational development: an integrated review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2011; 18: p. 236-46.
31. Canals M. *La formación de la enfermería quirúrgica: Una visión comparativa desde Europa*. *Revista Española de Educación Comparada*. 2004; 10: p. 275-97.
32. Barquero A, León R, Pascual LM, Blasco RM. *El mapa de competencias para directivos de enfermería como herramientas de gestión y evaluación*. *Nursing*. 2009; 27(9): p. 62-6.
33. Barquero, A, Macías, A, Fera D.J, León R. *La formación en gestión en enfermería*. *Enfermería Científica*. 2003; (258-259): p. 36-42.
34. Boixareu R. *De l'antropologia filosòfica a l'antropolgia de la salut* Barcelona: Càtedra Ramon Llull; 2003.

Sanidad Penitenciaria tras la Ley Orgánica General Penitenciaria. Presente y futuro treinta y cinco años después

V Martín Sánchez

Universidad de León

Ya en el prólogo del Quijote, Cervantes nos advierte...*Desocupado lector: sin juramento me podrás creer que quisiera que este libro, como hijo del entendimiento, fuera el más hermoso, el más gallardo y más discreto que pudiera imaginarse. Pero no he podido yo contravenir al orden de naturaleza, que en ella cada cosa engendra su semejante. Y, así, ¿qué podía engendrar el estéril y mal cultivado ingenio mío, sino la historia de un hijo seco, avellanado, antojadizo y lleno de pensamientos varios y nunca imaginados de otro alguno, bien como quien se engendró en una cárcel, donde toda incomodidad tiene su asiento y donde todo triste ruido hace su habitación?* No han sido ni serán las prisiones lugares gratos y placenteros donde asistir al gimnasio, la sauna, la piscina o jugar la squash... aunque no sean pocos los que pretendan vender esa imagen con motivo de la inauguración de nuevos centros penitenciarios. El carácter ejemplarizante de la pena privativa de libertad, nunca abandonado ni en el más moderno sistema penal, lleva aparejadas dos cuestiones fundamentales: las características de a quienes se penaliza y las condiciones del cumplimiento de la pena.

La población reclusa, en todos los países, está compuesta fundamentalmente por minorías. Minorías étnicas, religiosas, políticas, socio-económicas... y cada vez más minorías sanitarias... Del mismo modo, en todos los países, la asistencia sanitaria a esta población adolece, no ya de problemas de equidad, sino de igualdad. El acceso a servicios de calidad que aborden las cuatro prevenciones están penalizados por la calidad y dotación de los sistemas de asistencia sanitaria penitenciarios. A ello no es ajeno la inveterada costumbre de que las prisiones sean entes autárquicos que cuentan con todos los servicios, incluidos los de salud, con todo lo que ello tiene de inequidad e ineficiente.

El sistema penal y penitenciario del franquismo fue uno de los elementos fundamentales en la puesta en marcha del nuevo nacional-catolicismo, un sistema marcado por la represión sistemática contra toda discrepancia política y social, basado en la desposesión, la miseria y la incertidumbre. En este contexto la asistencia sanitaria se basaba fundamentalmente en la beneficencia y las dotaciones personales y materiales eran las ajustadas a esa idea.

La Constitución Española de 1978 supone un giro radical en los fines y organización del sistema penitenciario español. Así, el artículo 25 de nuestra Carta Magna dice que *las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y la reinserción social y no podrán consistir en trabajos forzados. El condenado a pena de prisión que estuviere cumpliendo la misma gozará de los derechos fundamentales a excepción de los que sean expresamente limitados por el contenido del fallo condenatorio, en el sentido de la pena y la Ley penitenciaria. En todo caso, tendrá derecho a un trabajo remunerado y al desarrollo integral de su personalidad.* De alguna manera la Constitución del 1978 recoge el sentir expresado, entre otros, por Dostoievski o Churchill... *el grado de civilización de una sociedad se mide por el trato a sus presos... o al abrir las puertas de sus prisiones.* Con este espíritu se aprueba en 1979 la Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria. La primera ley aprobada con la nueva Constitución, por aclamación y acuerdo entre todos los partidos políticos y promocionada por el entonces Director General de Instituciones Penitenciarias Carlos García Valdés. Es justo y necesario remarcar aquí cómo es la primera vez, en nuestro país, que el sistema penitenciario pasa a regirse por una Ley Orgánica y no por un Reglamento; y cómo esta Ley ha pervivido durante 35 años, y lo que le queda, sin ninguna refor-

ma de calado...fue una Ley moderna y adelantada a su tiempo... lo que fue una dura crítica entonces es hoy un gran elogio.

Esta Ley, en su artículo tercero recoge que: *Dos. Se adoptarán las medidas necesarias para que los internos y sus familiares conserven sus derechos a las prestaciones de la Seguridad Social, adquiridos antes del ingreso en prisión. Cuatro. La Administración penitenciaria velará por la vida, integridad y salud de los internos.* De manera que en esta Ley se consagra el derecho a la salud para la población privada de libertad, y compete a la administración penitenciaria velar por el mismo. Además el Capítulo III de la misma está dedicado a la Asistencia Sanitaria. A pesar de lo que la Ley establecía, la sanidad penitenciaria, en estructura y dotaciones, mantenía en esencia lo heredado del franquismo y se mantenía el hecho autárquico y diferencial del sistema penitenciario...es la administración penitenciaria, a través de sus cuerpos sanitarios (Facultativos y ATS's) quienes tienen a su cargo preservar y promover la salud de la población reclusa, mediante un sistema de enfermería y centros asistenciales propios... solo excepcionalmente se usarán los recursos de la red pública (en aquella todavía ligado a la beneficencia, los hospitales provinciales y las Diputaciones).

Un hecho, a mi juicio vital en el devenir de la sanidad penitenciaria española, fueron las transferencias de las competencias penitenciarias a Cataluña el 1 de enero de 1984. Estas transferencias supusieron la posibilidad de contrastar dos modelos muy diferentes de cómo entender la sanidad penitenciaria. Si bien, en sus inicios, Cataluña presentaba, corregidas y aumentadas, las mismas taras de dotaciones y un problema añadido, la falta de centros asistenciales en Cataluña a los que derivar a los presos con problemas de salud, especialmente de salud mental. Sin embargo, su apuesta decidida desde el primer momento por la integración marcó un camino a seguir.

Pero volvamos a la situación legal. En 1986 se aprueba la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. De nuevo, bajo el impulso del malogrado Ernest Lluch, se aprueba esta nueva Ley que tiene por objeto... *la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución.* Esta Ley ya valoraba el sistema asistencial penitenciario de forma implícita como ineficiente y falto de equidad, de manera que recogía en su disposición derogatoria segunda que... *hasta tanto los sistemas públicos de cobertura sanitaria no queden integrados en el Sistema Nacional de Salud, el Gobierno, en el plazo de dieciocho meses contados a partir de*

la publicación de la presente Ley, procederá a la armonización y refundición de... 5. *La asistencia sanitaria a los internos penitenciarios a que se refieren los artículos 3.º y 4.º de la Ley 1/1979, de 26 de septiembre y disposiciones concordantes.* Y pasaron los 18 meses y 18 meses más e incluso 18 años más sin que nada ni nadie hiciera caso de esa disposición derogatoria segunda.

Pero ya en esas épocas se va extendiendo en la sociedad y las prisiones españolas, de manera silenciosa pero implacable, la enfermedad que va a cambiar todo el sistema asistencial penitenciario, el SIDA. Dos estudios independientes, en Madrid y Cataluña observaron cómo el 40%, de la población reclusa a finales de los años 80, estaba infectada por el VIH. El efecto de esta infección en morbilidad, a lo largo de los años 90, dio lugar a un cambio relevante en las dotaciones en la sanidad penitenciaria, abandonándose, la idea autárquica al menos en la dotación de centros asistenciales propios en todo el territorio español. El esfuerzo de las autoridades penitenciarias en dotaciones y recursos fue notable y sus resultados llegan hasta nuestros días. Contamos con una sanidad penitenciaria ejemplar en muchos aspectos. Sin embargo, la respuesta general de las administraciones sanitarias fue entender que la autoridad competente para dar respuesta a ese grave problema era la penitenciaria.

En noviembre del año 1993 tiene lugar el primer congreso nacional de sanidad penitenciaria, celebrado en León, entre las conclusiones que se remitieron al entonces Ministro de Justicia, Juan Alberto Belloch, estaba la necesaria integración de la Sanidad Penitenciaria en el Sistema Nacional de Salud. En el año 1997 ante los problemas de la sanidad penitenciaria se crea la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria, otro hecho a mi juicio relevante, para entender el pasado y el presente de la Sanidad Penitenciaria, en este caso, liderada, entre otros, por Pablo Saíz de la Hoya. Cómo bien se recoge en la propia página WEB de la SESP:

La SESP... Es fruto de la corriente de inquietud que había surgido unos años antes entre los sanitarios de prisiones, con el fin de mejorar las condiciones de trabajo no solo estrictamente laborales, sino también en el campo de la formación y la investigación en el marco específico de la sanidad penitenciaria. Ante la evidencia de no poder crear un bloque al estilo sindical que representara a este colectivo ante la Administración Penitenciaria, por el escaso número relativo de trabajadores, se decide establecer la fuerza de la Sociedad en su carácter científico y profesional, con el objetivo de ser reconocidos y servir de interlocutores como tales por la Administración, sin olvidar la exigencia del trabajo digno y el derecho al reconocimiento laboral y profesional.

La Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria, desde su primer encuentro como tal en las Primeras Jornadas de Castellón —noviembre 1997— ha desarrollado una importante actividad, impensable en sus comienzos: Seis Congresos y Once Jornadas científicas hasta ahora; la creación de una Revista Española de Sanidad Penitenciaria (RESP), con sus más de diez años de andadura y hasta hace poco único referente para Europa; además de un buen número de trabajos y publicaciones sobre el mundo de la salud en las prisiones.

Mención especial merece la trayectoria de la RESP, mérito de mucha gente y en especial de sus directores, José Manuel Arroyo y Andrés Marco, que han sido capaces de situar una revista “artesanal” en MEDLINE y es un referente en el desarrollo de la Sanidad Penitenciaria en nuestro país.

La Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria, siempre defendió la aplicación de lo recogido en la Ley General de Sanidad con escaso éxito. Durante la discusión parlamentaria para la elaboración de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, la SESP llevó a cabo una intensa actividad de lobby para conseguir que se recogiera en la misma la integración de la sanidad penitenciaria en los servicios autonómicos de salud. Debemos de recordar como el objeto de la citada ley era: *establecer el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias, de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, así como la colaboración activa de éste en la reducción de las desigualdades en salud.* Fruto de la acción de la SESP, en la citada Ley se incluyó una disposición adicional ... *Disposición adicional sexta: Transferencia a las comunidades autónomas de los servicios e instituciones sanitarias dependientes de Instituciones Penitenciarias: Los servicios sanitarios dependientes de Instituciones Penitenciarias serán transferidos a las comunidades autónomas para su plena integración en los correspondientes servicios autonómicos de salud. A tal efecto, en el plazo de 18 meses desde la entrada en vigor de esta ley y mediante el correspondiente real decreto, se procederá a la integración de los servicios sanitarios penitenciarios en el Sistema Nacional de Salud, conforme al sistema de traspasos establecidos por los estatutos de autonomía.*

Como en el caso de la Ley General de Sanidad, pasaron 18 meses y 18 meses más sin que la integración se llevara a efecto...afortunadamente, antes de 18 años más dos Comunidades Autónomas, han integrado la Sanidad Penitenciaria en su Servicio de Salud.

El futuro de la Sanidad Penitenciaria no puede pasar más que por la integración sin excepciones en los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y continuar en la senda de la investigación y la divulgación emprendida por la SESP y la RESP. Quedan por resolver dos cuestiones. La Formación Académica, la sanidad penitenciaria tiene peculiaridades y exigencias que van más allá de la Medicina de Familia y exige formación específica, a nuestro juicio mediante un Máster profesionalizante. El actual marco del postgrado y la gran red de profesionales en este ámbito en nuestro país, facilita que esto se pueda llevar a cabo, no solo para formar a profesionales que ejerzan en España si no en todo el mundo o al menos en Iberoamérica.

La otra es primar la Sanidad Penitenciaria, motivar a los profesionales que prestan su servicio a la población privada de libertad. Buenos profesionales, formados y motivados para ayudar a resolver desigualdades en salud y paliar el efecto del continuo pobreza-delinuencia-enfermedad-pobreza.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arroyo Cobo JM. Integración de la sanidad penitenciaria: un reto decididamente asumido por algunos. Cartas al Director. Rev Esp Sanid Penit 2011; 13: 69-71.
2. García Guerrero J. Transferencia de competencias en materia de Sanidad Penitenciaria a las Comunidades Autónomas: la visión de los profesionales. Rev Esp Sanid Penit 2006; 8: 103-105.
3. Junta Directiva de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria. Integración de la sanidad penitenciaria: un reto que todos debemos asumir. Cartas al Director. Rev Esp Sanid Penit 2011; 13: 67-68.
4. Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria. Disponible en: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Penal/lo1-1979.html.
5. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Disponible en: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/l14-1986.html.
6. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Disponible en: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/l16-2003.html.
7. Martín V, Bayas JM, Laliga A, Pumarola T, Vidal J, Jiménez de Anta MT, Salleras L. Seroepidemiology of HIV-1 infection in a Catalanian penitentiary. AIDS. 1990 Oct; 4(10): 1023-6.
8. Martín V. Las prisiones y la Salud Pública. Tribuna Sanitaria, El País, 8 de junio de 2004. Dis-

- ponible en: http://elpais.com/diario/2004/06/08/salud/1086645606_850215.html.
9. Martín Sánchez V, García Guerrero J. El dilema del médico ante la huelga de hambre. Tribuna Sanitaria, El País, 19 de diciembre de 2006. Disponible en: http://elpais.com/diario/2006/12/19/salud/1166482804_850215.html.
 10. Museu d'Història de Catalunya. Las prisiones de Franco. Disponible en: <http://www.es.mhcat.cat/layout/set/presons/content/view/full/1175>.
 11. Real Decreto 894/2011, de 24 de junio, sobre traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma del País Vasco en materia de sanidad penitenciaria. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2011-11225.
 12. RESOLUCIÓN SLT/3468/2010, de 6 de octubre, por la que se hace pública la convocatoria por la que se establece el procedimiento de integración en la condición de personal estatutario del Instituto Catalán de la Salud del personal sanitario del Departamento de Justicia adscrito a los servicios sanitarios penitenciarios y de justicia juvenil. Disponible en: http://www20.gencat.cat/portal/site/portaldogc/menuitem.c973d2fc58aa0083e4492d92b0c0e1a0/?vgnnextoid=485946a6e5dfe210VgnVCM1000000b0c1e0aRCRD&appInstanceName=default&action=fitxa&documentId=562179&language=es_ES&newLang=es_ES
 13. Saíz de la Hoya P. Integración de la Sanidad Penitenciaria. Perspectivas de futuro. Rev Esp Sanid Penit 2000; 2: 83-86.
 14. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. El sistema penitenciario español. Ministerio del Interior, Madrid 2010. Disponible en: http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/El_sistema_penitenciario_espanol.pdf.
 15. Zulaika D, Etxeandia P, Bengoa A, Caminos J, Arroyo-Cobo JM. Un nuevo modelo asistencial penitenciario: la experiencia del País Vasco. Rev Esp Sanid Penit 2012; 14: 91-98.

Patología dual en pacientes que inician tratamiento en un centro ambulatorio de drogodependencias y aspectos diferenciales en los casos con antecedentes penitenciarios

A Pérez-Guitart, N Mestres, J Muriel, A Pascual

Centro de Atención y Seguimiento (CAS) de Drogodependencias de Nou Barris
Institut Genus y Agencia de Salud Pública de Barcelona

Objetivo: Estudiar la prevalencia de patología dual (PD) en pacientes que inician tratamiento en un centro ambulatorio de drogodependencias y los aspectos diferenciales en los casos con antecedentes penitenciarios (AP).

Material y Métodos: Estudio de prevalencia efectuado en pacientes que iniciaron tratamiento en el CAS de Nou Barris (CNB) en 2013. Se elaboró un plan terapéutico individual tras las visitas médicas (orgánicas y psiquiátricas) y psicosociales. En los pacientes con PD se recogieron las variables: edad, sexo, droga principal de consumo, vía de derivación, diagnóstico psiquiátrico, ingresos previos en unidades de patología dual (UPD) y AP. Las variables sociodemográficas y clínicas se caracterizaron mediante medias y desviación típica para las continuas y mediante porcentajes e intervalo de confianza al 95% para las discretas. Las diferencias entre grupos se exploraron mediante pruebas t para datos independientes con las variables continuas y pruebas χ^2 para las variables discretas. Finalmente, se realizó un análisis multivariante mediante regresión logística para identificar variables asociadas de forma independiente al AP.

Resultados: El CNB atiende 1.200 pacientes/año aproximadamente. En 2013 iniciaron tratamiento 298, 106 (35,6%) con PD y 24,5% de estos con trastorno mental severo. En los casos con PD la edad media era 44,4 \pm 10,9 años. El 72,6% era hombre y el 23,6% presentaba AP. El 22,6% acudió por iniciativa propia, el 21,7% desde la atención primaria y el resto por otras vías. Mayoritariamente, las drogas-problema eran el alcohol y la cocaína: 54,7% y 19,8%, respectivamente. Los trastornos más prevalentes eran el afectivo (47,2%), el ansioso (19,8%) y el psicótico (15,1%). Había más trastorno de la personalidad (TP) si tenía AP (24% Vs 6,3% si no AP; $p=0,02$). El 42,5% era controlado exclusivamente en el CAS y el 8,9% había estado ingresado en UPD. A nivel bivariante había significativamente más AP en hombres, consumidores de heroína y casos con TP, y menos AP en consumidores de alcohol y en derivados de centros hospitalarios. El análisis multivariante confirmó el valor predictivo de presentar TP ($p=0,017$; OR: 5,33, IC= 1,34-21,18) y de no haber sido derivado desde un centro hospitalario ($p=0,05$; OR: 8,33, IC= 1,0-69,19).

Discusión: Más de un tercio de los inicios de tratamiento presenta PD y casi una cuarta parte de ellos AP. En el grupo con AP, los TP son cinco veces más frecuentes. Por consiguiente, se sugiere descartar TP en los inicios de tratamiento que presentan AP.

Palabras Clave: Dependencia a sustancias; Diagnóstico Dual; Prisiones; Trastornos de la Personalidad.

Obesidad y trastorno mental grave

C López-Moreno, J Pérez-Casenave

Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla

Objetivo: Determinar los niveles de obesidad y/o Síndrome Metabólico en pacientes psiquiátricos con Trastorno Mental Grave (TMG) que están institucionalizados. Los resultados obtenidos en cuanto a obesidad y síndrome metabólico se comparan con los conocidos en pacientes en libertad¹.

Material y Método: Análisis descriptivo y transversal realizado en población con TMG de un centro psiquiátrico penitenciario en 2014. Se define el TMG como el de duración prolongada que conlleva discapacidad y disfunción social. Se recogen variables de filiación, además de edad, peso, altura, IMC, diagnóstico, años de internamiento y tratamiento farmacológico psiquiátrico y orgánico. Se han calculado las medias para las variables cuantitativas y las frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas siendo el intervalo de confianza utilizado del 95%. Como método de asociación estadística se ha efectuado con la versión 15.0. de SPSS .

Resultados: N= 150 pacientes. Edad media de 44,3 años (rango 19-81). La mayoría (78,6%) estaba internado en prisión desde hacía 1-6 años, pero más de una quinta parte (21,4%) llevaba encarcelado entre 7 y 24 años. El 72,7% presentaba sobrepeso y el 48,7% presentaba sobrepeso tipo II o obesidad tipo I. El 16,7% presentaba hipertensión, el 16,5% dislipemia y el 12,8% diabetes (28,9% de ellos en tratamiento con insulina).

El 62% estaba diagnosticado de trastorno psicótico sin que hubiera diferencias significativas entre pacientes con y sin trastorno psicótico en cuanto a IMC (28,7 vs 28,3; “p” no significativa) o peso (87,1 vs 84,6: “p” no significativa).

Conclusiones: En la población institucionalizada con TMG la tasa de sobrepeso es del 72,7, más del doble que la de la población española, que se estima es del 35%¹. Se deben impulsar pautas de detección de sobrepeso y obesidad y establecer actividades preventivas en la población con TMG, que presenta alto riesgo de síndrome metabólico, debido a los riesgos inherentes de síndrome metabólico en pacientes con TMG.

Referencia: (1). Agencia Española de Seguridad Alimentaria. Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad (Estrategia NAOS). Disponible en: <http://www.naos.aesan.mssi.gob.es/naos/ficheros/estrategia/estrategianaos.pdf> (acceso el 5 de julio de 2014).

Dosis infraterapéuticas de metadona (una perspectiva de los usuarios)

C Negro, R García-Segado, M Esteve

Centro Penitenciario Murcia 1 Sangonera

Objetivos:

- a. Comprobar si el uso de dosis infraterapéuticas de metadona es valorado positivamente por los usuarios del programa.
- b. Realizar un acercamiento subjetivo a la visión de los internos sobre estos tratamientos.

Método:

- Elaboración de un cuestionario ad hoc de 16 ítems de respuesta múltiple y cerrada acerca de la visión de los internos sobre su tratamiento de metadona que comprende:
 - Datos sobre pautas de consumo
 - Satisfacción sobre las pautas de consumo
 - Apreciaciones sobre los efectos del programa en cada interno
- Selección de la muestra: Internos con dosis inferiores a 20 mgr., según el listado del programa. N= 15 internos.
- Realización individualizada y dirigida por un único entrevistador de los cuestionarios (15)
- Entrevista no estructurada tras la finalización del cuestionario.
- Interpretación de resultados.
- Seguimiento tóxicos de orina.

Resultados:

1. Del cuestionario
 - Satisfacción mayoritaria de los internos con la pauta prescrita (72%).
 - Estas dosis les ayudan a mantenerse abstinentes a otras drogas (81%).
 - Establecen una relación entre el abandono del programa y la recaída (63%).
 - Todos creen que podrán dejar el tratamiento en algún momento (100%).
 - El 90% repiten tratamiento, indicando que es más un deseo que una realidad.
 - El tratamiento les ayuda a no tener problemas regiminales con otros internos (54%).
 - Se consumen otras drogas simultáneamente con la metadona (60%).
 - El 46% afirma que con estas dosis necesitan menos otras drogas.
2. De la entrevista postcuestionario:
 - La mayoría muestra su satisfacción con el programa y señalaron algunos de sus efectos beneficiosos:
 - i. Disminución de la actividad mental.
 - ii. Motivación hacia el no consumo.
 - iii. Necesidad de apoyo psicológico complementario.
 - iv. Posibilidad de apoyo con actividades internas.
 - v. El tratamiento como elemento refugio.
 - Vuelven a consumir cuando se abandona el tratamiento (60%).
 - El tratamiento de metadona les proporciona una mayor seguridad en sí mismos (72%).
 - Clara relación entre consumo de metadona y no necesidad de delinquir (81%).
3. Resultados de analíticas de tóxicos de orina.
 - Positivos a Opi (0).

Conclusiones:

1. El uso de la metadona en pautas no terapéuticas es percibido de forma positiva por los usuarios: Aumenta la seguridad en sí mismos, evita problemas a nivel interno, disminuye la actividad cognitiva obsesiva, mantiene la abstinencia a otros consumos.
2. Resulta efectiva para los usuarios la utilización de dosis infraterapéuticas dentro del programa de sustitutos opiáceos.

Visualización del programa PIJ en el CP Murcia-Sangonera

R García-Segado, B Relinque

Centro Penitenciario Murcia 1 Sangonera

Objetivos:

- a. Averiguar el nivel de conocimiento de los funcionarios sobre los programas PIJ.
- b. Informar a los mismos sobre las características de estos programas.

Método:

Adaptación de la encuesta a funcionarios del Programa Marco de IIPP. (19 preguntas cerradas de respuesta múltiple y 1 pregunta abierta).

1. La elección de la muestra se realiza de forma aleatoria entre todos los funcionarios de servicio durante 5 días. N= 109. Contestadas 81.
2. Valoración de las encuestas.
3. Realización de charlas de carácter abierto y presentación Power Point de una hora de duración a funcionarios en horario laboral como actividad formativa, previa publicidad de los datos mas relevantes.
4. Conclusiones.

Resultados:

1. Porcentaje alto de funcionarios con desconocimiento del programa, destacando un 62% que no han recibido nunca información, un 59% que desconoce la implantación en este Centro y un 56% en otros Centros.
2. Interés para recibir información general y específica de este programa (66%).
3. El 65% piensa que los PIJ favorecen poco-nada, el aumento del consumo de drogas por vía intravenosa.
4. Incremento de conflictos con los trabajadores (54% poco-nada) y entre los propios internos (50%).
5. Variación de las actividades de control y cacheos en general (80% no pondría mayor énfasis) y (70% desmotiva poco-nada en el control de drogas ilícitas).
6. En materia de salud laboral y seguridad, un 47% piensa que aumenta poco-nada, el número de accidentes-incidencias laborales y un 48% que afecta poco-nada a la seguridad del Centro.

Conclusiones:

1. Opiniones divididas sobre la instauración de programas o acciones que puedan ser controvertidos a nivel ético-moral-normativo y de seguridad en nuestro medio.
2. Desconocimiento y falta de información en general sobre los PIJ.
3. Aceptación y comprensión tras la información recibida.
4. Necesidad de información-formación-coordinación entre las diferentes áreas de actividad (seguridad, tratamiento, sanidad...) para enlazar las acciones de los trabajadores y necesidades de los administrados, potenciando la efectividad de las mismas.

Bibliografía:

- Intercambio de Jeringuillas en el Medio Penitenciario. Programa Marco. Madrid: Dirección General de IIPP, 2003.
- Elementos clave para la implantación de los PIJ en Prisión. Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA. Madrid: Dirección General de IIPP, 2000.
- Barrios Flores LF, Origen y modelos de PIJ en Prisión. Rev. Esp. San. Penit. Vol. 5, 2003.

Palabras clave: Programas de Intercambio de Jeringuillas; Prisiones; Drogadicción; Trabajadores.

Influencia de las medidas coercitivas en la adherencia al tratamiento de pacientes atendidos en la unidad psiquiátrica penitenciaria de un centro penitenciario

L Macià, E Prat, A-E Olive, V Tort

Unitat Polivalent Centre Penitenciarí Quatre Camins

Objetivo: La no adherencia al tratamiento es uno de los principales problemas en el tratamiento de los pacientes con trastorno mental severo. El objetivo de este estudio es comprobar si la aplicación de medidas coercitivas a estos pacientes influye en la adherencia al tratamiento.

Métodos: Se realiza un estudio observacional retrospectivo con pacientes hombres diagnosticados de trastorno mental severo atendidos tanto en la unidad de hospitalización como ambulatoriamente entre Enero de 2013 y Junio de 2014. Se excluyen los pacientes con un retraso mental moderado o severo, y pacientes que en el momento de la aplicación de la medida o la valoración de la adherencia al tratamiento estuvieran descompensados psicopatológicamente o que estuvieran intoxicados por el uso de sustancias tóxicas. Los datos se recogen haciendo un vaciado de las historias clínicas. Se recoge la variable de la aplicación de medida coercitiva (separación de ambiente, aislamiento o/y contención mecánica) y de cada usuario se recoge la variable adherencia al tratamiento 6 meses después. La adherencia se determina mediante los criterios de cumplimiento de medicación, hábitos de vida, asistencia a visitas y actividades psicoeducativas, siempre según su plan terapéutico individualizado. A efectos de este estudio consideraremos que existe adherencia si cumple 3 de los 4 criterios siempre que entre ellos esté el cumplimiento de la medicación. Se utiliza el software estadístico libre SPSS 19.0 (Armonk, NY: IBM Corp.) para realizar el análisis de las variables. En general se consideran significativos los test estadísticos con p-valor menor que 0.05 (nivel de significación alfa del 5%).

Resultados: Se estudian 58 casos de los cuales aproximadamente un 50% presentan una toxicomanía. El 30 % han estado sometidos a alguna medida coercitiva y casi el 40% presentan una NO adherencia al tratamiento. Existe una dependencia muy significativa entre la existencia de medidas coercitivas y la adherencia al tratamiento ($p < 0.001$ en el test chi-cuadrado de Pearson). La adherencia es mucho más frecuente cuando no hay medidas coercitivas (87.8%) que cuando sí las hay.

Discusión: La adherencia al tratamiento está influenciada por múltiples factores. Las medidas coercitivas tienen un efecto negativo en la adherencia al tratamiento aunque no en el cumplimiento del tratamiento farmacológico.

Conclusiones: El problema de la adherencia es un problema complejo y multidimensional. Es importante conocer las estrategias para potenciarla y buscar alternativas a aquellas intervenciones que, a pesar de ayudarnos en momentos de crisis, están relacionados con baja adherencia y en consecuencia con riesgo de recaídas en pacientes tan complejos.

¿Mejora el PAIEM la atención al enfermo mental?

JM Arroyo, P Gómez-Pintado y Grupo de Trabajo PAIEM

Subdirección General Coordinación de Sanidad Penitenciaria

Objetivo: Describir las mejoras, percibidas por los profesionales de los equipos, en la atención a la salud mental de las prisiones tras cuatro años de funcionamiento del PAIEM.

Metodología: Los datos se han obtenido a través de un cuestionario anónimo de 34 preguntas cumplimentado por los miembros del equipo PAIEM de los centros penitenciarios. Se recogieron variables acerca de hechos, actitudes, opiniones, experiencias, situaciones y procesos del PAIEM. Se realizó un análisis descriptivo y bivariante para evaluar los factores asociados al grado de satisfacción de los profesionales. Se ha utilizado la prueba del Chi² para buscar correlaciones estadísticamente significativas entre las variables elegidas.

Resultados: Han respondido 331 profesionales (91,2%) de los equipos del PAIEM. Psicólogos, educadores, médicos y trabajadores sociales son los profesionales que colaboran más activamente en el PAIEM (73%-84%). Destacan como mejoras percibidas por los profesionales el tratamiento integral y personalizado del usuario (78%), mejor adaptación y disminución de la conflictividad (75%), mayor colaboración entre profesionales (69%), la percepción por parte de los internos de una mejor atención y calidad de vida (69%) y la mejora en la adherencia al tratamiento (63%). Se percibe mejoras en las derivaciones de los enfermos hacia los recursos de la comunidad sobre todo cuando una ONG forma parte del equipo (80% vs. 52%). En el análisis bivariante que compara la variable “miembros de los equipos que consideran que los internos han mejorado en sus carencias y discapacidades” y la variable “equipos que tramitan la derivación a través de la ONG o entidad del tercer sector que trabaja en el PAIEM” se observó una correlación estadísticamente significativa entre equipos con mejores resultados y derivación realizada a través de las ONG's (Chi²=12,2; p=0.0005).

Conclusiones: Los profesionales del PAIEM valoran que la puesta en marcha y desarrollo del programa conlleva una mejoría generalizada en la estabilización clínica del enfermo, en la rehabilitación de sus capacidades y en la reincorporación social, ya que los internos reciben un tratamiento integral y personalizado, se incrementa la adherencia y la adaptación y se reduce la conflictividad.

Las actividades del PAIEM son adecuadas, en especial en las fases de detección precoz, estabilización y rehabilitación y menos en la fase de reincorporación social que mejora cuando interviene el tercer sector en las derivaciones del enfermo a la red sociosanitaria extrapenitenciaria.

Descripción de la población extranjera ingresada en la UHPP

G Escuder-Romeva, D Garriga-Guitart

Parc Sanitari Sant Joan de Déu

Objetivo: Describir la población extranjera ingresada en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria de Catalunya (UHPP-C) y compararla con una muestra de pacientes españoles.

Métodos: Estudio descriptivo de la población extranjera que ha ingresado en la UHPP-C entre enero 2004 y diciembre 2012. Se seleccionaron aquellos que hubieran estado como mínimo un mes ingresados. Por ello, la muestra final de extranjeros fue de 272, que se comparó con la muestra de españoles que ascendía a 294, siendo el total de la muestra analizada de 566.

Resultados: Un 87,5% de los pacientes extranjeros eran hombres, al igual que los españoles, con un 86,4%. El 49% de los extranjeros tenían una edad entre 26-35 años mientras que los españoles en un 40% estaban entre los 36-45 años.

Los pacientes extranjeros procedían en su mayoría de África Magrebí, con un 41,9% del total, y de África Subsahariana con un 13,6%. Los procedentes de países del centro y del este de Europa alcanzaron casi el 24% del total, seguidos de países sur y centroamericanos en un 10%.

Un 46,9% se encontraban en situación judicial de preventivos. Del resto, un 45,4% estaban en situación de penados, mientras que sólo el 7,7% estaban cumpliendo una medida de seguridad psiquiátrica. Los españoles en un 50,9% eran penados y un 24,1% en medidas de seguridad.

Los delitos más prevalentes en el grupo de pacientes extranjeros fue el robo con un 21,3% seguido del robo con violencia 14,3%. Con el mismo porcentaje, un 14,3% encontramos el homicidio y el asesinato mientras que los delitos de agresión sexual representan un 9,5%. En la muestra de españoles también fue más frecuente el robo, mientras que el homicidio y asesinato ascendió al 20,2%.

En relación a los diagnósticos, debemos destacar que el diagnóstico más frecuente entre la población extranjera fue el de Tr. Psicótico con un 29,4% seguido del Tr. Psicótico NOS con un 25,4%. En la muestra española el 32,8% presentaba un Tr. Psicótico, mientras que un 34,1 % no presentó diagnóstico en eje 1. Casi un 12 % de los extranjeros no presentaba diagnóstico en eje 1 y un 84,9% no lo presentaba en el eje 2.

Conclusiones: La prevalencia del Tr. Psicótico NOS en la población extranjera nos muestra la complejidad para evaluar a estos pacientes. Del mismo modo conviene destacar la no presencia de diagnóstico en eje 1 en un alto porcentaje de pacientes españoles y la prevalencia de trastornos de personalidad.

La atención primaria en salud mental como medio de prevención dentro de la población reclusa en general

RS Aguilar-Gomez, M Tort-Pon, E del Moral

Unidad Hospitalaria de Rehabilitación Psiquiátrica Penitenciaria Brians 2

Resumen: El alto porcentaje de personas aquejadas de enfermedades mentales dentro de la población reclusa en todo centro penitenciario es una realidad a nivel mundial e inclusive en muchos casos la enfermedad mental se halla en el origen del delito que estas personas cometieron.

Por tanto, el ingreso en prisión de estas personas nos responsabiliza de su integración en la comunidad penitenciaria y en el momento de reintegrarse a la sociedad en la que tendrán que enfrentarse, además, con un doble estigma dada su condición de enfermo mental y ex recluso.

Dentro de este marco, se propone que el equipo de atención primaria en salud mental ponga especial énfasis en los métodos preventivos dentro de los cuáles la detección de enfermedad psiquiátrica en la población reclusa en general resulta ser pilar importante en la metodología de trabajo.

El propósito de este trabajo es presentar nuestra experiencia en la atención primaria dentro de esta población.

Objetivo general: Describir los resultados obtenidos a lo largo del año 2013 en la atención a la población reclusa del CPB2 realizada por el servicio de Psiquiatría UHRPP.

Metodología: Estudio descriptivo de una muestra de 447 visitas realizadas durante el periodo de Enero a Diciembre de 2013, en la población reclusa del CPB2 que han requerido la atención del servicio de psiquiatría UHRPP.

Materiales: Revisión de historia clínica del servicio psiquiatría UHRPP.

Intervenciones:

- * Detectar, diagnosticar y tratar internos que presenten alguna patología psiquiátrica actual o pasada.
- * Derivar internos que lo requieran al programa de rehabilitación (RHB).
- * Favorecer a este colectivo en la reincorporación a la sociedad y a la red asistencial comunitaria para el momento del alta, ya que este hecho en sí crea una situación de stress que puede incidir negativamente tanto en el normal desarrollo de su proceso de reinserción, así como en la estabilidad de su enfermedad.

Resultados: Del total de la muestra de 447 visitas realizadas durante el periodo de estudio que llegaron a nuestro servicio de psiquiatría UHRPP:

92 primeras visitas.

303 visitas de seguimiento.

40 alta.

3 Renuncia voluntaria al tratamiento.

9 ingreso en RHB tras detectar en la visita la necesidad de ingreso.

5 (retorno a módulo tras su paso por RHB).

- * Motivo de consulta, según diagnóstico psiquiátrico: El 22% corresponde a trastorno adaptativo, seguido de un 14,6% de episodios de ansiedad y trastorno del sueño.

Conclusiones: Resaltar la importancia del trabajo en atención primaria como herramienta de detección de conductas de riesgo y marginación dentro de la población reclusa que presente alguna patología psiquiátrica.

Programa de soporte comunitario de enfermería en Salud Mental en el Centro Penitenciario Quatre Camins

E Prat, I García, AE Olivé, L Macià, V Tort

Centro Penitenciario Quatre Camins

Objetivo: Describir el programa comunitario de salud mental en el centro penitenciario. Asegurar la continuidad del tratamiento y disminuir los ingresos y estancias en la enfermería psiquiátrica.

Material y Métodos: Estudio descriptivo Se realizan visitas de seguimiento, post-alta de psiquiatría, derivaciones al Centro de Salud Mental comunitario y urgencias, en pacientes con TMS (Trastorno Mental Grave). Las funciones de la enfermera son: valoración de enfermería, fomentar y mantener hábitos de vida saludable, administración de tratamientos inyectables y farmacovigilancia, fomentar y mantener adherencia al tratamiento, coordinación con el personal sanitario, de tratamiento penitenciario y personal de seguridad.

Resultados: Se han contabilizado las visitas de enfermería en los últimos tres años y los ingresos en la unidad, los resultados son: visitas de comunitaria: 2011:293, 2012: 237, 2013: 245, 2014 hasta 30 Junio: 229. Ingresos a la unidad de psiquiatría: 2011: 111, 2012:99, 2013:86, 2014 hasta 30 de Junio: 61. Altas de la unidad: 2011:120, 2012:97, 2013:88, 2014 hasta 30 de Junio: 60.

Conclusiones: Actualmente desde la unidad de psiquiatría se están potenciando las visitas de seguimiento ambulatorio, ya que creemos que es fundamental el seguimiento de los pacientes con TMS en el ámbito penitenciario. Han disminuido ligeramente los ingresos, aunque es necesario obtener más datos por un periodo de tiempo más prolongado, así como analizar otras variables, para concluir que, a mayor seguimiento, menor ingreso.

Implementación del seguimiento del duelo por la pérdida de un familiar en los internos de un Centro Penitenciario de Cataluña

M Ramos, A Giné, P Sardà, JP Golf

Centro Penitenciario Quatre Camins; Escola Pública de Viladecans

Objetivos: La muerte de un familiar es para un interno un duelo añadido a los sufridos por su encarcelación. Con este estudio se pretende detectar si existe o no la necesidad de acompañamiento a este duelo, y en caso afirmativo crear un grupo de acompañamiento mutuo (GAM).

Método: A través del listado de permisos extraordinarios por defunción o final de vida solicitados durante el año 2012 se seleccionó la población diana, que se sometió a un cuestionario de 20 preguntas en el que se recogió entre otros datos cómo le comunicaron la noticia, reacción ante ella, posibilidad o no de ver al familiar aún con vida, sentimientos experimentados durante y después de la salida, posibilidad de compartirlos y con quién, relación actual con la familia, necesidad de atención médica, creencias, voluntad de participar en un GAM.

Los criterios de exclusión a la formación del GAM fueron de índole regimental, sanitaria y conductual.

Resultados: De los 43 internos seleccionados inicialmente, quedaron 18 disponibles en el momento de realizar la entrevista. Las respuestas más representativas del cuestionario fueron que 3 internos recibieron la noticia durante una comunicación familiar, 7 telefónicamente, 7 a través de un funcionario y 1 por la televisión. Todos pudieron salir y 7 de ellos en más de una ocasión. Cabe resaltar que 9 pudieron ver a su familiar aún con vida. Después de la pérdida, 5 manifestaron la necesidad de aislamiento y soledad, 9 dijeron sentirse muy mal, 2 mostraron agresividad y 2 lo vivieron como un hecho natural. Sólo 7 pudieron hablar del tema con alguien. 11 internos creían que les hubiera ayudado asistir a una charla sobre el duelo. Aunque 16 refirió estar en contacto con su familia sólo 5 reconocieron que hablaban del fallecido. Necesitaron pedir medicación 8 y 2 recurrieron a las drogas. A la propuesta de participación en un GAM, 12 la desestimaron y de los 6 que respondieron afirmativamente sólo 2 reunían criterios de inclusión.

Conclusiones: Se valora positivamente el hecho que la Institución facilitara la salida extraordinaria en todos los casos estudiados. La prisión no favorece la expresión del dolor por lo que no hay voluntad de compartirlo. Así mismo se detecta un aumento de la demanda de medicación durante los primeros días. Se descarta la creación de un GAM y se diseña una intervención individualizada en la que el interno sienta reconocido su dolor por la pérdida.

Palabras clave: Prisiones; Duelo; Fallecimiento; Reconocimiento.

Características sociodemográficas y clínicas de internos en contención mecánica psiquiátrica en un Centro Penitenciario de Barcelona

A Puig, L Moruno, M Sánchez-Roig, C Gallego

Centro Penitenciario Quatre Camins

Objetivo: Describir el perfil sociodemográfico y clínico de los internos en contención mecánica psiquiátrica en una prisión de penados de Barcelona.

Método: Estudio retrospectivo, descriptivo, de una muestra intencional durante el periodo 1/1/2012 hasta 31/5/2014 en una prisión de penados de Barcelona. Se revisó el registro clínico del SIPC (Sistema Informático Penitenciario de Cataluña) de internos que hubiesen estado en situación de contención mecánica psiquiátrica. Variables estudiadas: edad, nacionalidad, tiempo de última condena (días), trastorno psiquiátrico, drogodependencia, autolesiones, intentos de suicidio, motivo de la contención, tiempo de contención (horas), episodios anteriores de contención psiquiátrica, administración de medicación y atención sanitaria urgente durante la contención. Se introdujeron los datos en una hoja de cálculo EXCEL 2010 para su análisis.

Resultados: Se analizaron 80 pacientes que estuvieron en contención mecánica psiquiátrica. Su edad media era de $34,7 \pm 6,1$ años. El 47,5% era extranjero. El 20% de los internos cumplía una condena de menos de 2 años, el 26,3% entre 2 y 4 años y el 18,8% de más de 10 años. El 96,3% era drogodependiente y el 60% estaba diagnosticado de algún trastorno psiquiátrico. Un 22,5% se había autolesionado, de estos un 94,4% lo había realizado antes de la contención. Los motivos principales de la contención fueron la heteroagresividad (76,3%), las autolesiones (15%) y el riesgo de suicidio (8,7%). De los internos con riesgo de suicidio, 6 (85,7%) realizaron la tentativa antes de la contención mecánica. El intervalo de tiempo de contención de mayor frecuencia se encontró entre 0-5 horas (45%), seguido de 5,01-10 horas (25%). Los intervalos de 10,01-15 y 15,01-20 horas fueron de un 11,3%, respectivamente. El 43,8% de los internos estudiados habían tenido episodios anteriores de contención mecánica psiquiátrica. Un 37,5% de internos requirieron administración de medicación, de la cual 56,7% fue por vía parenteral y 43,3% por vía oral. Del total de los internos en contención mecánica psiquiátrica, un 11,3% requirió atención sanitaria urgente.

Conclusiones: Los hallazgos obtenidos demostraron que no existían diferencias entre las contenciones a internos de nacionalidad española o extranjera. La mayoría de internos eran drogodependientes y diagnosticados de algún trastorno psiquiátrico. Los motivos principales de la contención fueron la heteroagresividad, las autolesiones y el riesgo de suicidio. El tiempo de contención de mayor frecuencia fue un máximo de 5 horas. Durante la contención, 1 de cada 3 internos requirió administración de medicación siendo la vía parenteral la más utilizada.

Valoración del interno de apoyo en Salud Mental-PAIEM

D González-Tejedor, JA Martín-Peláez, C Suárez-Mujico,
V San José-Camarón, A Cachafeiro, R Fernández-Rodríguez,
C Pena-López

Centro Penitenciario Teixeiro

Objetivo: Evaluar la sobrecarga del interno de apoyo dentro del programa de salud mental del PAIEM en el Centro Penitenciario de Teixeiro.

Método: Encuesta de valoración de la sobrecarga del cuidador de Zarit, Optimismo Disposicional y escala de Estrés UNCAHS y valoración visual de escala de vida percibida antes y después.

Resultados: Participan el 86% de internos de apoyo (19 de 22) con una edad media de 41,4 (rango 31 a 51); tiempo de desempeño 24,8 meses; con un incremento de su calidad de vida percibida de un 10% siendo progresivamente mayor cuanto más tiempo están como internos de apoyo así para 12 meses: 13% con un máximo del 20% en internos entre 20 y 48 meses como internos de apoyo. En cuanto al test de sobrecarga del cuidador de Zarit no se ha observado ningún caso con sobrecarga con una media de 24,7 con un máximo de 41 (se define sobrecarga por encima de 46). La media para internos con 12 meses 23,27. El optimismo disposicional da valores medios elevados 28 sobre 36, sin observarse diferencias entre los que llevan menos y más de 12 meses. Se objetiva una relación inversa entre el optimismo disposicional y la sobrecarga, con menor sobrecarga en los internos con un alto optimismo disposicional. En cuanto a la escala de Estrés de UNCAHS se observan mayores niveles de sobrecarga en aquellos internos con menor libertad para tomar decisiones con menor intimidad o menor control respecto a la gestión de su tiempo libre.

Conclusiones: No hay relación entre una mayor sobrecarga y mayor tiempo como interno de apoyo, es más, se observa una relación inversa entre los valores detectados de sobrecarga y el tiempo. Se puede concluir que el interno de apoyo percibe una mejora en su calidad de vida y sin sobrecarga con un mayor incremento y mejoría conforme incrementa su función. Parece que 12 meses es un periodo de tiempo de formación a partir del cual el interno de apoyo desarrolla su función con mejor percepción subjetiva. Parece ser que la valoración del optimismo disposicional podría ser un factor predictor la sobrecarga en internos de apoyo.

Personas con trastorno mental grave en el C.I.S. Victoria Kent. Análisis de resultados del Programa Puente

E Álvaro¹, JM López-Fernández², MC Zabala³, M Vegue⁴

C.I.S. Victoria Kent, Madrid¹; Fundación Manantial, Madrid², Universidad de Castilla la Mancha, Talavera de la Reina, Toledo³; Centro Penitenciario Madrid IV, Navalcarnero, Madrid⁴

Objetivo: Describir las características clínicas y de reincorporación socio-sanitaria de los pacientes incluidos en el Programa de Atención a Personas con Trastorno Mental Grave (TMG) de un Centro de Inserción Social.

Métodos: Estudio descriptivo transversal realizado con los primeros 30 pacientes (27 hombres y 3 mujeres) incorporados correlativamente al programa entre 2011 y 2014 a partir de la revisión de historias clínicas penitenciarias y registros del Plan de Atención en Ámbito Penitenciario de Fundación Manantial. El análisis de datos fue univariante, tanto descriptivo como de frecuencia.

Resultados: El 96% son españoles y el 37% solteros. La media de edad se encuentra en el grupo etario comprendido entre 31 y 50 años. Viven con los padres el 70% y en pareja el 10%, el 30% tienen hijos. El 68% tiene estudios primarios y el 27% secundarios. El 80% tienen ingresos económicos, la mayoría de pensiones no contributivas.

Proceden de centros penitenciarios el 77% e ingresan desde la comunidad el 13%. El 48% había participado en el Programa de Atención Integral a personas con TMG en prisión (PAIEM).

El 74% se encuentran en tercer grado penitenciario y el 20% en la situación que señala el artículo 100.2 del Reglamento Penitenciario.

Presentan diagnóstico de trastornos de la personalidad 18 pacientes (60%), dependencia de drogas 17 (57%), trastornos psicóticos 15 (50%), trastornos del estado de ánimo 7 (23%), trastornos del control de los impulsos 4 (13%) y otros trastornos 6 (20%). El 87% reciben tratamiento supervisado, el 83% con neurolépticos y de ellos el 20% en preparados depot.

Durante su permanencia en el programa el 6% de los usuarios (n=2) fueron regresados a segundo grado y el 6% presentó reincidencia delictiva.

Se vincularon a Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid el 90% de los usuarios y el 7% a psiquiatras privados. Dos pacientes necesitaron atención psiquiátrica urgente no requiriendo ingreso.

El 40% se ha derivado a recursos sociales de rehabilitación en la comunidad. El 30% ha desarrollado actividades laborales o entrenamiento laboral durante su permanencia en el programa.

Al salir del centro el 67% volvió a su domicilio, el 6% ingresó en residencias de la red pública y el 27% fueron a alojamientos alternativos.

Conclusión: En los Centros de Inserción Social los programas de atención a personas con TMG facilitan la vinculación con la familia y con los servicios de salud mental comunitarios y posibilitan la participación en actividades de rehabilitación.

Reto de mejora en la autonomía de pacientes PAIEM. Evaluación escalas BELS y OMS/DAS

JA Martín-Peláez, C Suárez-Mujico, D González-Tejedor,
R Fernández-Rodríguez, C Pena-López, A Cachafeiro,
V San José-Camarón, A Doeste-Franco

Centro Penitenciario Teixeiro

Objetivo: Evaluar la evolución en los 3 años de funcionamiento del módulo 9, nivel 2, de PAIEM, en el Centro Penitenciario de Teixeiro.

Método: Datos recogidos de la evolución de los 3 años de PAIEM. Se recogen datos sobre la evaluación de escalas de Bels (Basic Everyday Living Schedule) modificada con un ítem sobre autonomía en medicación y la escala de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud WHO/DAS, entre el año 2011 y 2014.

Resultados: en cuanto a los internos de apoyo (en salud mental e internos de prevención de suicidio) nivel 2 y nivel 3 experimenta un incremento de 13 en 2011; 45 en 2012; 58 en 2013 y 62 en 2014. Han pasado por nivel 2 y nivel 3, 230 pacientes actualmente 24 en nivel 3 y 44 en nivel 2. Internos de apoyo 182 de ellos actualmente 13 en nivel 3, 23 en nivel 2 y 26 en el resto en módulos. En cuanto a las patologías de los pacientes PAIEM se observa un incremento porcentual de trastornos de personalidad, trastornos duales y afectivos manteniéndose estable el número de psicóticos. En cuanto a la evolución del nivel de autonomía mediante la escala de Bels se observa una mejoría en pacientes en módulo 9, nivel 2, en todas las esferas siendo especialmente relevante en la adherencia a la medicación (incremento del 10 al 55% en grado 4 de autonomía). Respecto a la escala de la OMS hay mejoría en el cuidado personal (50% en 2014, frente al 40% en 2011 en grado 4) y el funcionamiento ocupacional (mejoría en grados 3 y 4). Se observa una mayor disfuncionalidad en el funcionamiento familiar y en el funcionamiento en el contexto social amplio (ocio y actividades no regladas).

Conclusiones: La escala de Bels modificada con ítem de medicación y la escala de disfuncionalidad de la OMS se objetivan como válidas para monitorizar los pacientes incluidos en PAIEM. Es especialmente relevante la simplicidad y operatividad de la escala de OMS. De los datos recogidos se desprende que el funcionamiento del PAIEM permite mejorar los niveles de autonomía en el cuidado personal, adherencia a la medicación y funcionamiento ocupacional. Se requieren estrategias específicas con apoyo de ONGs, convivencia familiar, salidas terapéuticas y programas terapéuticos en la comunidad para mejorar el funcionamiento familiar y el funcionamiento en el contexto social amplio.

Análisis de las intoxicaciones de un Centro Penitenciario. Estrategias de mejora

JA Martín-Peláez, D González-Tejedor, JM Riveiro-Castro,
G Espadas-Prieto, C Suárez-Mujico, V San José-Camarón

Centro Penitenciario Teixeiro

Objetivo: Conocer el perfil de intoxicaciones producidas durante un año en un Centro Penitenciario y valorar nuevas estrategias.

Método: Registro de todos los casos de intoxicaciones del Centro Penitenciario de Teixeiro durante el año 2013. Análisis de sus variables y perfil temporal.

Resultados: Durante el año 2013 se producen en el centro un total de 108 intoxicaciones con la siguiente distribución por meses: 8 en enero, 12 en febrero, 5 en marzo, 5 en abril, 9 en mayo, 4 en junio, 18 en julio, 15 en agosto, 11 en septiembre, 7 en octubre, 3 en noviembre y 11 en diciembre. Desglosadas por días de la semana se producen 22 en lunes, 11 en martes, 10 en miércoles, 38 en jueves, 19 en viernes, 2 en sábado y 6 en domingo. En el análisis de las causas solo puede determinarse con seguridad en 37 de las 108 por falta de colaboración del interno o por medicación benzodicepínica conomitante que no permite diferenciar de la tóxica. De las causas conocidas el 52% fueron por benzodicepinas, el 5% por alcohol fermentado, el 6 % por heroína, el 4% por metadona externa (en pastillas), un 33% por otros psicofármacos.

Conclusiones: Se ha detectado como causa muy grave de intoxicación un incremento de pastillas de metadona procedentes del exterior, así mismo se observa un cambio en el perfil de consumo tóxico con un descenso de intoxicaciones por heroína y un incremento por psicofármacos, algunos de los cuales proceden del exterior y otros proceden del mal uso de la medicación. El perfil estacional y semanal detectado con un incremento en los meses de verano y navidades, hace extremar las medidas de control durante estas fechas. El incremento de intoxicaciones detectado en los lunes y en los jueves pudiera estar determinado por un regreso de los permisos de fin de semana y por otro, por el reparto de la medicación coincidente en jueves, coincidiendo con la disponibilidad de peculio. Se ha procedido a cambiar los días de reparto de la medicación y a implementar un programa de control aleatorio de la medicación en mitad de las fechas de reparto para evitar un mal uso de la misma. A los internos con intoxicación se le informa de los programas existentes en el centro para la disminución de riesgo, dejando un consentimiento informado, de elaboración propia, firmado en la historia y entregando copia del mismo.

Evaluación del programa de intercambio de jeringas (PIJ) en los Centros Penitenciarios de Catalunya: una mirada cualitativa

R Crespo¹, N Codern¹, R Guerrero², X Major³, X Ayneto³,
Y Muñoz², M Maresme⁴

ÀreaQ – Avaluació i Recerca Qualitativa¹; Subdirecció General de Programes de Rehabilitació i Sanitat. Generalitat de Catalunya²; Subdirecció General de Drogodependències. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya³; Programa per a la Prevenció i Assistència de la Sida. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya⁴

Introducción: La evaluación del Programa de Intercambio de Jeringas (PIJ) en los Centros Penitenciarios (CP) de Catalunya ha sido una evaluación centrada en el aprendizaje. Más allá de explorar si se han cumplido los objetivos, el énfasis se ha puesto en explorar que ha facilitado y que ha dificultado su cumplimiento. Ha sido un proceso analítico construido sobre el método de evaluación basado en la teoría que, como cualquier otra evaluación, ha culminado con la emisión de un juicio de valor y el establecimiento de unas recomendaciones de mejora.

Método: Para dar respuesta a las preguntas relacionadas con el funcionamiento del PIJ (que facilita y que dificulta el buen funcionamiento del mismo en prisiones) se ha entrevistado, de manera individual o grupal, a profesionales sanitarios, de vigilancia y de rehabilitación de los CP así como a personas internas y ex internas, usuarias y no usuarias del PIJ. El muestreo de los participantes ha sido intencional por representatividad teórica (66 personas). De la información generada se ha realizado un Análisis del contenido Categorical Temático y un análisis de discurso.

Resultados: Entre los agentes implicados se han identificado tres posicionamientos discursivos diferentes, que se reproducen con independencia de su papel (interno o profesional) o ámbito de atención (vigilancia, rehabilitación o salud). Esta distinción ha facilitado la revisión del PIJ desde una óptica evaluativa.

Discusión y conclusiones: La evaluación ha permitido relacionar determinadas formas de entender el consumo en prisión y la reducción de daños, con unos determinados procedimientos más o menos favorables al buen funcionamiento del PIJ. Lo que ha permitido establecer las bases sobre las que construir una estrategia de mejora del programa.

Evaluación de la calidad de vida percibida en pacientes PAIEM nivel 2

D González-Tejedor, JA Martín-Peláez, R Fernández-Rodríguez,
C Suárez-Mujico, C Pena-López, A Doeste-Franco

Centro Penitenciario Teixeiro

Objetivo: Evaluar la calidad de vida percibida, el apoyo social funcional y la valoración del equipo de intervención y funcionarios en pacientes incluidos en PAIEM nivel 2, del módulo 9 de Teixeiro.

Método: estudio transversal mediante encuestas anónimas autoaplicadas. Se emplean el cuestionario de salud EuroQoL-eD (EQ-5D), la escala de Apoyo Social Funcional de Duke-Unc y una encuesta de elaboración propia para la valoración en escala del 1 al 10 del trabajo que realiza en el módulo el Subdirector Médico, Subdirector de Tratamiento, Médico, Enfermero, Auxiliar de Enfermería, Educador, Trabajadora social, psicóloga, jurista, ONG-(FEAFES-APEM), Funcionarios de vigilancia e internos de apoyo.

Resultados: Se pasa la encuesta a 40 internos incluidos en el Programa de Atención Integral al Enfermo Mental nivel 2, del módulo 9 del Centro Penitenciario de Teixeiro en el mes de Junio de 2014. Contestan la encuesta 36 (90%), edad media de 34 años, 14 meses de promedio en módulo, el 71% considera que desde que se encuentra en ese módulo han disminuido sus problemas regiminales, valoran globalmente el trabajo en el módulo en un 7 sobre 10: al equipo sanitario con un 7,71; equipo de tratamiento 7,22; funcionarios de vigilancia 6,8; ONG 7,1; e internos de apoyo 6,7. Destacan que los profesionales mejor valorados son por encima de 8 el educador y el enfermero del módulo. En cuanto al Apoyo Social Percibido mediante la escala de Duke-Unc se observan dos subgrupos con un apoyo normal (>32) del 51,4% y un apoyo bajo.

Interrelación entre primer grado y trastorno psiquiátrico

M Rovira-Machordom, V Tort-Herrando

Unitat Polivalent Psiquiatria. Centre Penitenciari Quatre Camins. PSSJD

Objetivo: Dada la alta prevalencia de trastorno mental en los centros penitenciarios y que este es un factor de riesgo para alteraciones conductuales y adaptación a las normas, en nuestro estudio intentamos analizar la relación entre diagnósticos psiquiátricos y aplicación del primer grado penitenciario.

Método: Se ha realizado una búsqueda de los registros penitenciarios de los internos ingresados en el centro penitenciario a los cuales les ha sido aplicado un primer grado entre el 4/04/2012 y 4/4/2014. Una vez realizado este listado se han revisado los historiales clínicos para detectar si ha sido visitado o realizaba seguimiento psiquiátrico. Las variables valoradas son diagnóstico y tratamiento psicofarmacológico

Resultados: Se han obtenido un listado de 276 internos a los cuales se les ha aplicado un primer grado. Se realizará un valoración estadística para objetivar si existe una relación estadísticamente significativa entre la presencia de trastorno mental, alteraciones conductuales y dificultades de adaptación al entorno penitenciario que propicien la aplicación de un primer grado o medidas restrictivas. Entre las limitaciones del estudio cabe destacar que es una muestra de hombres, no incluyendo mujeres, así como que la mayoría de internos son condenados, pero un escaso número de preventivos.

Conclusiones: La determinación de las variables de salud mental, más allá de las variables criminogénicas, pueden ayudar a realizar una mejor gestión del riesgo de conductas disfuncionales y reducir la aplicación de primeros grados. La aplicación de medidas restrictivas (aislamiento) en algunos casos puede ser contraproducente y aumentar los niveles de ansiedad empeorando las alteraciones conductuales.

Riesgo cardiovascular en las prisiones españolas

E Garcés-Pina¹, SV Casado-Hoces², B Armenteros-López³,
A Blanco-Quiroga⁴, JR Borraz-Fernández⁵; EJ Vera-Remartínez⁶,
JA González-Gómez⁷, GESESP

Centro Penitenciario (CP) Zaragoza¹; CP Madrid VI²; CP Cuatre Camins³; CP Dueñas (Palencia)⁴;
CP El Dueso⁵; CP Castellón I⁶; CP Murcia I⁷

Objetivo: Definir los principales factores de Riesgo Cardiovascular (RCV) modificables y estimar el RCV mediante distintos modelos matemáticos en población penitenciaria.

Método: Sub-análisis del estudio “Prevalencia de patologías crónicas en las prisiones españolas”. Con diseño descriptivo transversal y multicéntrico. Participaron 9 centros penitenciarios. Teniendo en cuenta que el número aproximado de internos en prisión incluyendo Cataluña es de 77.888 (estimación en Septiembre 2013) para determinar prevalencias de patologías cardiovasculares y la proporción en población española se cifra entre el 7,3% y el 7,7%, optamos por considerar de forma general una proporción del 8,0%. Estimamos que con un nivel de confianza del 95% y para una precisión del 2%, con una corrección del 15% por posibles pérdidas, la muestra mínima necesaria sería de 835 sujetos que seleccionamos de forma aleatoria de la base de datos del trabajo anteriormente reseñado. Realizamos estudio descriptivo de la muestra (variables cuantitativas: medias y medianas; variables cualitativas: frecuencias absolutas y relativas). Determinamos prevalencias de los principales factores de riesgo cardiovascular modificables, ponderándolas en función de los tamaños poblacionales de los centros participantes, comparándolos por sexo mediante pruebas no paramétricas. Determinamos el riesgo cardiovascular mediante los modelos SCORE, REGICOR y DORICA. Se analizan los datos con los programas SPSS v.20 y CIRCE para determinación de riesgos.

Resultados: 835 internos; 94,5% varones, con media de edad 39,3 años (IC 95%: 38,6 a 40,0); con 16 meses de estancia mediana; 37,5% extranjeros. Antecedentes familiares RCV= 10,9%. Factores de riesgo directos: Col-T>200mg/dl y/o Col-LDL >130 mg/dl= 31,4%; Col-T>240mg/dl y/o Col-LDL >160 mg/dl=10,0%; Col-HDL <40 varones y <45 mujeres= 48,3% (mayor proporción en mujeres p<0,0001). Tabaquismo 69,0% (mayor en varones p=0,03). Hipertensión arterial 16,7%; Diabetes 6,8%. Factores de riesgo indirectos: sedentarismo 38,4%; Obesidad 13,8% (mayor en mujeres p=0,013); Perímetro abdominal de riesgo 19,3% (mayor en mujeres p<0,0001). El RCV presenta mayores porcentajes con la escala DORICA: 6,3% alto, 16,4% medio. En SCORE: 3,7% alto y 3,7% medio. REGICOR: 0,4% alto y 2,8% medio.

Conclusiones: El RCV es distinto en función del grupo de edad al que se analice, a mayor edad mayor riesgo. La población penitenciaria comienza a envejecer y debemos vigilar su RCV. Entre los principales factores de riesgo cardiovascular modificables el colectivo de enfermería debe realizar actividades encaminadas a corregirlos como una actividad más de la consulta de enfermería en los centros penitenciarios.

Palabras clave: Enfermedades Cardiovasculares; Factores de Riesgo; Prisiones; España.

Venticuatro años en la evolución de conductas autolesivas en población joven reclusa

MJ Leal, A Bedoya, N Lleopart, P Martínez-Carpio,
M Álvarez, R Fernández, S Matas

Centro Penitenciario Jóvenes de Barcelona

Objetivos: Conocer la incidencia y evolución de las autolesiones en internos ingresados en un centro penitenciario de jóvenes.

Material y Método: Se trata de un estudio retrospectivo mediante inclusión de casos sucesivos sobre autolesiones ocurridas en un centro penitenciario de jóvenes.

Los datos se han obtenido a través del análisis de los libros de registros de urgencias médicas, historia clínica y programa informático de gestión de datos médicos. Las variables estudiadas han sido la población reclusa media/año, número de autolesiones y su incidencia anual. El periodo de estudio comprende desde el año 1990 al 2013.

Análisis estadístico descriptivo mediante SPSS 17.0.

Resultados: Durante los 24 años valorados la población media ha sido de 303.4 internos (140 y 391). La media anual global de autolesiones ha sido de 63.04. El rango de autolesiones varía entre 181 casos (76,7%) en el año 1996 y 7 casos (1.9%) en el año 2012. De forma general la incidencia en el comportamiento autolesivo asciende hasta 1996 con posterior descenso en los años sucesivos.

Conclusiones: Se demuestra una tendencia decreciente de las conductas autolesivas a lo largo del periodo estudiado. A nuestro criterio, el descenso está relacionado con el menor antecedente de consumo de heroína y cocaína previo al ingreso al centro penitenciario, la implementación de programas de educación sanitaria y las mejores condiciones ambientales.

Valoración del riesgo cardiovascular en un grupo de pacientes participantes en un taller de nutrición

MM Martínez-Delgado, N Espeleta

Centro Penitenciario de Soria

Objetivos:

1. Valorar el estado nutricional de los pacientes que de forma voluntaria asistieron a un taller de nutrición, dietética y deporte.
2. Valorar el riesgo cardiovascular de la muestra según escala de Framingham y escala Regidor.
3. Valorar como factor de riesgo cardiovascular el ICC en el grupo de población descrito.

Material y Método: Estudio transversal realizado en Abril del 2014 en el C.P. de Soria. La muestra consta de 42 pacientes que asistieron a un taller de nutrición y ejercicio físico llevado a cabo por el personal de enfermería del centro. De cada paciente se obtiene: peso, talla, medida de muñeca, cintura, cadera, tensión arterial. Con estas medidas se calcula el Índice de Masa Corporal (IMC) y el Índice Cintura Cadera (ICC). Mediante revisión de las historias clínicas se obtuvieron valores de Colesterol total, Colesterol HDL, hábito tabáquico, antecedentes de diabetes, edad. Se calcula mediante la fórmula Framingham y REGICOR el riesgo cardiovascular. Para estas formulas solo se tuvo en cuenta a 25 pacientes ya que las fórmulas estiman una edad mínima 35 años.

Resultados: La muestra analizada fue de 42 pacientes varones, edades comprendidas entre 24 y 63 años.

El 62 % de la muestra tenía un IMC superior a 25, considerado, como sobrepeso u obesidad. De estos pacientes presentan sobrepeso el 29% y el 33% son obesos. El 38% restante, presentan un peso normal.

El 31% de la muestra total presenta un ICC alto o muy alto. En los pacientes de 35 años y más, el 37% tiene un ICC alto o muy alto superando un valor de 0,95 cm, considerado este como límite normal en población masculina.

Según ecuación de Framingham, el 12% de los internos tendrían un Rcv alto. Según la ecuación REGICOR el 8 % de los internos presentan un Rcv alto. El índice de correlación entre estas dos fórmulas es de 0,934.

Conclusiones: Para poder valorar el RCV y aplicar las medidas preventivas necesarias para evitar posibles riesgos de enfermedades, es necesario utilizar fórmulas complejas como la de Framingham, REGICOR o SCORE, que precisan conocer múltiples datos sobre el paciente. El ICC puede ser un buen marcador predictivo del Rcv de un paciente ya que sabemos que la obesidad abdominal va acompañada de la aparición de otras patologías que aumenta el Rcv de un paciente como puede ser HTA, diabetes, elevación del colesterol etc. Con la ventaja de que este índice es fácil de calcular y puede ser utilizado en la consulta de enfermería para valorar el Rcv total de un paciente.

Estudio de HTA, estado nutricional y tratamientos médicos de un grupo de internos de un CP

AM López-Sánchez, JR Borraz, MP Fernández-Prieto

Centro Penitenciario Dueso Santoña Cantabria

Objetivos. Valorar el estado de tensión arterial, el estado nutricional y el porcentaje de tratamientos crónicos y psicofarmacológicos de un grupo de personas ingresadas en prisión.

Metodología. Estudio observacional transversal de un grupo de internos que tengan en su historia clínica la encuesta sanitaria de valoración física y de los patrones funcionales de salud de Gordon. Para la recogida de datos de TA, Talla y Peso se emplean esfigmomanómetro de presión y báscula con tallímetro. Se recogen de las historias clínicas los tratamientos crónicos y con psicofármacos. Se agrupan los valores de TA siguiendo la guía 2014 de HTA y para el estado nutricional el Índice de Quetelet. Las tablas de frecuencia se obtienen con SPSS 20.

Resultados. 235 internos. 77 están englobados en los grupos de Hipertensión: 61 en los de HTA1^a (140-159 y/o 90-99), 11 en el de HTA2^a (160-179 y/o 100-109), 5 en el de HTA3^a (>180 y/o >110) y 54 tienen la TA normal alta (100-139 y/o 85-99). De la totalidad, 18 están en tratamiento farmacológico. Del estado nutricional: 1 presenta una delgadez leve (IMC 17,00-18,49), 96 son normales (IMC 18,5-24,99), 104 son preobesos (IMC 25,00-29,99), 29 presentan una obesidad leve (IMC 30,00-34,99), 2 una obesidad media (IMC 35,00-39,99) y 3 presentan obesidad mórbida (IMC ≥40,00). El 39,1% tienen pautado un tratamiento crónico no psicofarmacológico siendo de mayor a menor los relacionados con el asma, protectores gástricos, HTA, alteraciones en el metabolismo de los lípidos, ARV, piel. El 60,4% tienen un tratamiento crónico con psicofármacos.

Discusión. La realización de la encuesta sanitaria de valoración física y de los patrones funcionales de Gordon, permite el estudio de indicadores de salud de la población penitenciaria. Es una referencia inicial de enfermería para el seguimiento de la persona que ingresa en un CP. Los valores altos de tensión arterial obtenidos en el contacto inicial requieren el despistaje mediante la MAPA (monitorización ambulatoria de la presión arterial) y la AMPA (automedida de la presión arterial) que permitiría el establecimiento certero de diagnóstico de HTA. Llama la atención el número de internos obesos y preobesos (59%) a expensas de estos últimos (44,2%), que supera el número de internos con normopeso (41%). El número de internos con tratamiento crónico y con psicofármacos es elevado lo que implica una sobrecarga de trabajo. Sería interesante realizar un estudio comparativo con los Centros de Atención Primaria de la comunidad.

Diagnósticos de enfermería en un CP según los patrones de M. Gordon

JR Borraz, AM López-Sánchez, MP Fernández-Prieto

Centro Penitenciario Dueso

Objetivo: Determinar los diagnósticos enfermeros en un grupo de internos de un CP por las alteraciones en los patrones funcionales de Gordon.

Método: Estudio descriptivo transversal con nivel de evidencia 4 y grado de recomendación alto. Realizado en Mayo 2014. La población diana: total de internos del centro. Criterio de inclusión: pacientes con el formulario de valoración recogido en su historia clínica, 235 internos. Para la recogida de datos utilizamos el Formulario de valoración de enfermería dirigido a adultos del manual de diagnósticos de enfermería de L.J. Carpenito y adaptado al C.P. y la aplicación Sanit2003. Las variables estudiadas han sido los 11 patrones funcionales de Gordon. Para los diagnósticos estandarizados de enfermería se utiliza la Plataforma de Prescripción Enfermera e-nursing, los diagnósticos enfermeros de NANDA internacional 2012-2014 y para patologías crónicas “Prescripción enfermera.com”. Para establecer la frecuencia de las variables se utiliza el SPSS v.20.

Resultados: 235 internos. Alteraciones en patrones de Gordon: Patrón Función/Relación (P8) 92,9%. Patrón Afrontamiento/Tolerancia al estrés (P10/P7) 89,38%. Patrón Percepción/Control de la salud (P1) 86,38%. Patrón Nutricional/ Metabólico (P2) 76,59%. Patrón Cognoscitivo/Perceptual (P6) 48,51%. Patrón Reposo/Sueño (P5) 40,42%. Patrón Actividad/Ejercicio (P4) 35,74%. Patrón de Eliminación (P3) 27,66%. Patrón de Sexualidad/Reproducción (P9) 11,49%. Patrón de Valores/Creencias (P11) 0%.

Los Diagnósticos NANDA que se repiten con más frecuencia (>50%) son: (P8) 000060 Interrupción de los procesos familiares, (P8) 000063 Procesos familiares disfuncionales, (P10) 000069 Afrontamiento ineficaz, (P10) 000074 Afrontamiento familiar comprometido, (P10) 000073 Afrontamiento familiar incapacitante, (P1) 000080 Gestión ineficaz del régimen terapéutico familiar, (P10) 000075 Disposición para mejorar el afrontamiento familiar, (P1) 000043 Protección ineficaz, (P1) 000078 Gestión ineficaz de la propia salud, (P8) 000159 Disposición para mejorar los procesos familiares, (P1) 000038 Riesgo de traumatismo, (P1) 000035 Riesgo de lesión, (P1) 000037 Riesgo de intoxicación, (P4) 000031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas, (P1) 000036 Riesgo de asfixia, (P1) 000181 Contaminación, (P1) 000180 Riesgo de contaminación, (P2) 000048 Deterioro de la dentición.

Conclusiones: El patrón funcional más alterado es el patrón de Función/Relación. Los diagnósticos mas repetidos están relacionados con el estatus familiar.

Es importante dar continuidad, sentido y calidad asistencial a la actividad enfermera en prisiones de una forma normalizada. La puesta en marcha de los patrones de enfermería (Gordon o Henderson), permitiría la realización de los diagnósticos NANDA, la realización de intervenciones o cuidados (NIC) y la valoración de los resultados obtenidos con un sistema validado (NOC).

Violencia percibida/sufrida por el personal sanitario en un Centro Penitenciario

MP Fernández-Prieto, AM López-Sánchez, JR Borraz

Centro Penitenciario Dueso Santoña Cantabria

Objetivos. Valorar la violencia percibida/sufrida por el personal sanitario de un Centro Penitenciario (CP). Conocer el porcentaje de trabajadores agredidos. Determinar la tipología de agresión /agresor /agredido. Evaluar el conocimiento, uso y resultado de la notificación de actos violentos.

Metodología. Estudio observacional transversal con nivel de evidencia IV y un grado de recomendación medio. Para su realización se emplea cuestionario de Cagigas MJ., Ojembarrena S., y Sainz E., utilizado para medir la violencia percibida/sufrida por los profesionales de los Centros de Atención Primaria de la Comunidad (CAPC), modificado y adaptado al Centro Penitenciario. Los datos tabulados del CP junto con los datos de los CAPC, son objeto de análisis estadístico con Epidat 3.1, obteniendo su significación, por el método de inferencia sobre parámetros de dos poblaciones con proporciones independientes.

Resultados. El 75% del personal sanitario del Centro Penitenciario ha percibido/padecido violencia. El agresor es varón, con antecedentes de toxicomanía y/o enfermedad mental y /o sin cita previa. La agresión es fundamentalmente verbal, afecta por igual a ambos sexos y se produce en el entorno en el que cada estamento realiza su actividad. El estamento más agredido es el de enfermería y pese a conocerse la forma de notificación mediante partes regimentales, ésta es poco utilizada. Los datos obtenidos no difieren de forma significativa ($p>0,05$) con los resultados obtenidos en los CAPC.

Conclusiones. La violencia padecida/percibida en el trabajo por personal sanitario del Centro Penitenciario es elevada. Su solución debe ser una prioridad en la gestión de la Institución Penitenciaria, estudiando las causas que lo generan. Es necesario concienciar al profesional sanitario de la necesidad de comunicar estos actos violentos, registrarlos, hacer un adecuado estudio epidemiológico y elaborar, de acuerdo con la Joint Commission's Environment of Care Standard, un "Plan de Prevención y Atención al personal sanitario ante incidentes violentos".

Estudio sobre la prevalencia de pacientes polimedicados en un Centro Penitenciario de Catalunya

P Sardà, JP Golf, A Puértola, A Palé, v Mejías

Servei Sanitari Centre Penitenciari Quatre Camins

Objetivo: Se considera paciente polimedicado, aquel que tiene prescrito 5 o más fármacos. Determinar el porcentaje de pacientes polimedicados por franja de edad en un centro penitenciario de Catalunya.

Método: Se realizó un estudio descriptivo a partir de un corte transversal el 26/06/2014 y se recogieron los siguientes datos; el número de pacientes medicados, el número de fármacos por cada paciente y de estos se determinaron los pacientes con más de 5 fármacos así como la edad de cada paciente. Se estratificaron por edad: >65, 65-50, 50-40, 40-30, 30-20 y se calculó para cada estrato el porcentaje de pacientes polimedicados.

Resultados: de los 1.676 internos disponibles en el centro en esta fecha 918 (54.7%) llevaban medicación. De estos 237 (25.8%) tomaban 5 o más medicamentos (polimedicados) de todas la edades. De entre los polimedicados habían 76 (32%) pacientes con 5 medicamentos, 49 (20.6%) pacientes con 6 medicamentos, 43 (18.1%) pacientes con 7 medicamentos, 21 (8.8%) pacientes con 8 medicamentos, 17 pacientes con 9 medicamentos, 7 pacientes con 11 medicamentos, 3 pacientes con 12 medicamentos, 4 pacientes con 13 medicamentos, 2 pacientes con 14 medicamentos y 1 paciente con 15 medicamentos. De los 30 pacientes medicados mayores de 65 años de la muestra, 20 (66.6%) eran polimedicados. De 148 pacientes medicados entre 65 y 50 años, 45 (30.4%) estaban polimedicados. De los 265 medicados entre 50 y 40 años, 91 (34.3%) estaban polimedicados. De los 338 medicados entre 40 y 30 años habían 69 (20.4%) polimedicados, y de los 144 medicados de menor edad entre 30 y 20 años, 12 (8.3%) eran polimedicados.

Conclusiones: Una cuarta parte de los pacientes que toman medicación en este centro son polimedicados. La polimedicación es más frecuente en el grupo de más edad, siendo el doble que en la población general ¹. En nuestro medio penitenciario la polimedicación también es relevante en grupos de edad intermedia, que constituyen la mayoría de nuestra población.

Referencias: (1) Garrido-Garrido EM, García-Garrido I, García-López-Durán JC, García-Jiménez F, Ortega-López I, Bueno-Cavanillas A. Estudio de pacientes polimedicados mayores de 65 años en un centro de asistencia primaria urbano. Rev Calidad Asistencial. 2011; 26: 90-6.

Palabras clave: Prisiones; Medicamentos; Grupos de edad.

Estudio de la morbilidad crónica y cobertura vacunal en los mayores de 65 años de un Centro Penitenciario de Barcelona

P Sardà, JP Golf, V Mejías, A Puértolas

Servei Sanitari Quatre Camins

Introducción y Objetivo: En los últimos 8 años ha habido un envejecimiento de la población penitenciaria catalana incrementándose en más del doble los internos de 61-70 años.¹

Valorar las patologías crónicas en los mayores de 65 años que pasaron por el centro penitenciario durante el año 2013 y su grado de cobertura vacunal.

Método: Se elaboró un estudio retrospectivo a partir de los datos de la historia clínica informatizada correspondientes a todos los mayores de 65 años detectados durante el año 2013. Variables que se tuvieron en cuenta: edad, índice de masa corporal (IMC), diabetes / tratamiento, HTA / tratamiento, cardiopatía / tratamiento, EPOC / tratamiento, hipercolesterolemia / tratamiento, vacunación antigripal y vacunación neumocócica.

Resultado: Durante el 2013 el número de internos que pasaron por el centro penitenciario fue de 2.118 internos de los cuales el 1.98% (N=42) tenían 65 años o más.

IMC; Normopeso (18.5-24.9) 32.5%, Sobrepeso (25-29.9) 37.5%, Obesidad I (30-34.9) 27.5%, Obesidad II (35-39.9) 1paciente. La prevalencia para cada una de las patologías crónicas fueron las siguientes: Diabetes 26.1% (N=11) y el 100% de ellos recibían tratamiento. Hipertensión el 61.9% (N=26) y el 100% de ellos con tratamiento. Cardiopatía el 21.4% (N=9) con 55.5% con tratamiento. EPOC 21.4% (N= 9) con tratamiento 44.4%. Dislipemia el 45.2% (N=19) con tratamiento 63.1%.

Vacunados de la gripe 40.4% (N=17) y 3 se negaron. Vacunación neumocócica 21.4% (N= 9).

Conclusiones: Ningún paciente de más de 65 años tenía peso insuficiente, y dos terceras partes de ellos estaban entre sobrepeso y obesidad leve. Las patologías relacionadas con el síndrome metabólico fueron las más prevalentes y también las más tratadas. La cardiopatía y EPOC fueron menos prevalentes y solo la mitad de ellos recibían tratamiento. La cobertura vacunal es insuficiente. Sería necesario establecer un protocolo de seguimiento de este colectivo dado el incremento de ellos y su vulnerabilidad que incluyera una estrategia para aumentar las vacunaciones estacionales.

Palabras clave: Prisiones; Personas mayores; Periodicidad; Vacunas.

Control del dolor en pacientes con diagnóstico de tumoración maligna (TM) o tumoración benigna (TB) ingresados en un Centro Penitenciario de hombres de Barcelona

L Moruno, N Parra, MP Pérez-Amigó, M Sánchez-Roig, C Varoucha

Centro Penitenciario Quatre Camins

Objetivo: Identificar el tipo de analgésicos y su registro para el control del dolor en pacientes diagnosticados de TM o TB internados en un centro penitenciario de penados de Barcelona.

Método: Estudio transversal, descriptivo, realizado en una prisión de penados de Barcelona. Se estudiaron los pacientes ingresados en el centro en fecha 18 de mayo de 2014 que en su historia clínica incluyese diagnóstico de TM o TB, así como el registro del tratamiento analgésico recibido para el control del dolor. Las variables estudiadas fueron: tipo de tumoración clasificada según CIE-10, tipo de analgésicos por grupos según acción, registro de analgésicos y valoración para el control del dolor. Se introdujeron los datos en un hoja de cálculo EXCEL 2010 para su análisis.

Resultados: Se recogieron y analizaron los datos de 100 pacientes, 64 con TM y 36 con TB. Los pacientes con TM vs TB precisaron analgésicos de: acción periférica (54.68% vs 27.77%); acción central débil (26.56% vs 8.33%). Los analgésicos de acción central fuerte (14.06%) y la analgesia de rescate (6.25%), solo se utilizaron en pacientes con TM. Los coadyuvantes se utilizaron tanto en pacientes con TM (15.62%) como TB (8.33%). Específicamente, un 17.18% de pacientes con TM y un 19.44% de pacientes con TB recibieron tratamiento con metadona, y el 50% de todos los pacientes analizados recibieron tratamiento psicotrópico. En relación al registro, el 100% de los pacientes tenían anotados los analgésicos de acción periférica en el curso clínico. El 100% de analgésicos de acción central débil, central fuerte, coadyuvantes, metadona y psicotropos, se encontraban registrados en el servicio de farmacia. En ningún caso se utilizaron escalas de evaluación del dolor.

Conclusiones: Los pacientes diagnosticados de TM precisaron más analgésicos de acción periférica, acción central débil y fuerte, así como analgesia de rescate y coadyuvantes respecto a los diagnosticados de TB. Es necesario registrar los analgésicos de acción periférica en el servicio de farmacia, así como utilizar Escalas de Evaluación del Dolor para unificar criterios clínicos entre diferentes profesionales para realizar un mejor control del dolor en estos pacientes.

Valoración de la necesidad de derivar los internos de un módulo semiabierto que se aproximan a la libertad a los Organismos de Salud externos

JP Golf, S Vila, N Selva, G Valcells, M Marrufo, P Sardà,
Equipo Programa de Mantenimiento con Metadona

Centre Penitenciari Quatre Camins

Introducción y objetivos: Los actos sanitarios realizados a los internos durante su condena a menudo carecen de continuidad en los organismos de salud externos después de la excarcelación.

Se quiere analizar la necesidad de coordinar la información sanitaria sobre cada interno y de sistematizar la derivación a los organismos externos que requiera.

Métodos: Estudio descriptivo sobre una población de hombres reclusos del módulo semiabierto.

Periódicamente, durante un periodo de 24 meses se listaron los internos en situación de tercer grado o con próximas finalizaciones de condena. Se registraron sus diagnósticos médicos. Se diseñó un sistema de intercambio de información con el equipo del programa de mantenimiento con metadona (PMM) sobre la gestión de la misma en relación a salidas y permisos, y con el equipo de tratamiento (psicólogos y educadores) sobre las posibles adicciones de cada paciente, así como sobre derivaciones a centros de atención y seguimiento (CAS) o de salud mental (CSM).

Según las adicciones, el equipo médico realizó una entrevista informativa sobre riesgos de recaída y la posibilidad de ayuda desde el centro antes de la salida.

La enfermera libró un primer informe de derivación de enfermería a aquellos que pasaron a tercer grado, dirigiendo al médico de familia, CAS, CSM o especialistas según necesitaran, así como la información sobre requerimientos de acceso a estos.

Durante el mes previo a la libertad, el médico entregó a cada paciente un informe médico completo para cada profesional al que debía ser derivado.

Con esta información se registró las características de cada derivación: patología crónica, patología psiquiátrica, otros, PMM, dependencia a drogas.

Resultados: Se registró un total de 380 pacientes. Durante 24 meses la enfermera realizó 248 derivaciones. El médico realizó durante 18 meses 177 derivaciones. De estas, 267 (70%) tuvieron como causa de derivación una enfermedad crónica, 140 (36,8%) una patología psiquiátrica, 43 (11,3%) otras patologías. 59 se derivaron a un CAS por problema relacionado con adicciones; 28 OH (47%), 28 MTD (47%), 3 cocaína. 9 se derivaron a un CSM (2,36 %).

En total se realizaron 554 actos de derivación.

Solamente 36 (9,4%) pacientes no presentaron ninguna patología que requiriera derivación.

Conclusiones: La proporción de pacientes que necesitaron una derivación por alguna patología fue muy elevada.

Las enfermedades de tipo crónico son las que con más frecuencia requieren derivación.

Se hace evidente la necesidad de sistematizar algún tipo de circuito de derivaciones a fin de mejorar la gestión de recursos sanitarios, mejorar la calidad asistencial y reforzar una estrategia de reducción de daños.

Palabras clave: Prisiones; Patología; Recursos en salud; Reducción del daño.

Derivaciones de enfermería de los usuarios del módulo semiabierto del C.P. de Barcelona a los Centros de Salud comunitarios

S Vila, N Selva

Centre Penitenciari Quatre Camins

Objetivos: Asegurar el seguimiento de la salud y el continuo asistencial mediante una atención de enfermería integral, promoviendo estilos de vida saludable y atención a la patología crónica a través de los diferentes servicios sanitarios.

Métodos: Estudio transversal abarcando el período de 14/03/2012 a 29/04/2014 realizado en una población penitenciaria de varones adultos del módulo semiabierto.

La información necesaria para las derivaciones se obtuvo semanalmente a través de la historia clínica (SPIC) y de los listados de clasificación de los expedientes de tercer grado.

Como criterios de selección se usaron: los diagnósticos de enfermería NANDA (problemas reales y potenciales), centrándonos únicamente en las cuatro necesidades de: reposo/sueño, higiene/estado de la piel, seguridad, y comunicación/relación del modelo de enfermería de Virginia Henderson y tres patologías crónicas que por su alta prevalencia requieren seguimiento por parte de enfermería comunitaria (sobrepeso, Hipertensión arterial y diabetes).

Se elaboró un informe para su CAP, CAS, CSM o especialista pertinente y se creó un registro para todos los casos.

Resultados: El equipo de enfermería derivó 254 usuarios. De ellos 68 fueron diagnosticados con los siguientes diagnósticos de la NANDA:

Ansiedad y trastornos de los procesos de pensamiento 1 (1,5%)

Ansiedad y patrón familiar disfuncional: alcoholismo 1 (1,5%)

Ansiedad, alteración del patrón del sueño y patrón familiar disfuncional (alcoholismo) 1 (1,5%)

Ansiedad y alteración del patrón del sueño 6 (8,8%)

Ansiedad 38 (55,8%)

Alteración del patrón del sueño 11 (16,2%)

Alteración del patrón del sueño y patrón familiar disfuncional: alcoholismo 1 (1,5%)

Patrón familiar disfuncional: alcoholismo 3 (4,4%)

Trastorno de los procesos de pensamiento 2 (2,09%)

Riesgo de violencia dirigida a otros 1 (1,5%)

Déficit de autocuidados (baño/higiene) 2 (2,09%)

Deterioro de la integridad cutánea y déficit de autocuidados (baño/higiene) 1 (1,5%)

De los 254 derivados, por patologías: 143 corresponden a patología crónicas, 45 por patología psiquiátrica y 82 por ambos motivos.

De los internos que se enviaron al centro de salud por patología crónica 113 estaban diagnosticados por las enfermedades seleccionadas: 65 casos con sobrepeso (57,52%), 8 casos con HTA (7,08%), 4 diabéticos (3,54%), 26 casos con sobrepeso y HTA (23,01%), 7 casos con sobrepeso+HTA+diabetes (6,19%), 2 casos con sobrepeso+HTA (1,77%) y 1 caso con HTA+ diabetes (0,88%).

Conclusiones: Se objetiva la necesidad de crear un circuito de derivación coordinado con los Centros sanitarios comunitarios, motivando a los internos a iniciar un vínculo con ellos, fortaleciendo la reinserción y el mantenimiento de su seguimiento.

La creación de un sistema de asistencia integrando los diferentes niveles asistenciales debería ser una prioridad en todos los servicios sanitarios.

Palabras clave: Enfermería en atención primaria; NANDA; Patología.

Reflexiones sobre la Atención Primaria de Salud por medio de la experiencia de la enseñanza en la disciplina de “Medicina de Confinamiento”

ATR Mattos, LL Santos, AP Filho

Departamento de Medicina Social da FMRP-USP

Objetivo: Reflejar sobre la forma de cómo la Atención Primaria de Salud (APS) es capaz de colaborar en la prestación de la Atención Integral de Salud para las Personas Privadas de Libertad en el sistema penitenciario brasileño a partir de la práctica de la disciplina de “Medicina de Confinamiento” en la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo en Brasil.

Método: Durante las actividades prácticas de la disciplina, los estudiantes del curso de Medicina realizan los atendimientos de pacientes previamente seleccionados por el equipo de enfermería de la Penitenciaría Masculina de Ribeirão Preto. La institución posee capacidad para 768 encarcelados pero alberga una población aproximada de 1.500 encarcelados. Son realizados cerca de veinte a treinta atendimientos conducidos por grupos de dos estudiantes, mediante la supervisión de tres docentes (un médico internista y dos médicos de familia) durante un período de 6 horas. Resaltarse que en los últimos años esa institución penitenciaria no ha contado con un profesional médico debido a la dificultad de contratación y fijación de este en el equipo local para prestación de la asistencia a esa población.

Resultados: A lo largo de los últimos cuatro años hemos observado que el padrón de enfermedades y necesidades de los encarcelados es muy parejo de aquél encontrado en las Unidades de Salud de Familia del municipio. Fueron observados un gran número de casos de condiciones crónicas, como Hipertensión Arterial Sistémica, Diabetes, Asma, Trastornos Mentales (depresión y ansiedad), Tuberculosis, destacándose aún enfermedades dermatológicas y Enfermedades Sexuales Transmisibles como Herpes Genital, Sífilis y aún quejas inespecíficas como cefalea, mialgia entre otras. Existe una estructura mínima para el atendimiento, habiendo incluso la disponibilidad de medicamentos para el tratamiento de esas condiciones.

Conclusiones: Considerando el Padrón de enfermedades asociado a la superpoblación y la compleja trama de necesidades sociales y psicológicas, darse cuenta de la fuerte adecuación de la Atención Primaria de Salud por medio de los Equipos de Salud de Familia como modelo de prestación del cuidado. Esos equipos multidisciplinarios pueden ser una alternativa en la prestación de la asistencia integral a esa población. En lo que se refiere a la formación médica, la utilización de diferentes escenarios de enseñanza-aprendizaje permite al estudiante verificar la realidad del Sistema Penitenciario, vivenciando situaciones variadas en la práctica médica, reconociendo la importancia y la necesidad del trabajo en equipos multiprofesionales, manejando problemas reales y reconociendo su responsabilidad en relación a esa población.

Percepción del reconocimiento profesional y grado de satisfacción de los Diplomados de Enfermería que trabajan en Sanidad Penitenciaria

S Quintero, M Escribano, Q Guixé, V Paredes¹

Servicios Sanitarios. Centros Penitenciarios de Hombres y Lledoners¹ de Barcelona

Objetivo: Estimar la percepción del reconocimiento profesional y la satisfacción de los diplomados universitarios de Enfermería (DUE) que trabajan en la sanidad penitenciaria (SP).

Material y Métodos: Estudio descriptivo y transversal realizado en las prisiones de Cataluña en el primer semestre de 2014. Se diseñó un cuestionario “ad hoc” con variables sociodemográficas, formativas y profesionales para caracterizar la población y con variables dirigidas a medir el grado de satisfacción y la percepción del reconocimiento profesional. Para medir la satisfacción y los conocimientos se solicitó una valoración subjetiva (de “0” —malísima— a “10” —excelente—). Los resultados se presentan mediante medias y desviación típica para variables “continuas” y mediante porcentajes e intervalo de confianza al 95% para variables discretas. Se realizó un análisis de regresión logística para identificar posibles variables asociadas a la satisfacción.

Resultados: Participaron 53 DUE (63,9% del total). La edad media era $44,8 \pm 7,7$ años (rango: 32-60) y el 72,9% era mujer. El 47,2% tenía plaza en propiedad y el tiempo medio de trabajo en SP era $15 \pm 7,5$ años. El 28,3% era socio de SESP y el 7,5% miembro de algún Grupo de Trabajo. El 65,4% se considera bien formado y el 96,2% ha participado en actividades formativas aunque la formación no está reconocida ni facilitada por la Administración Pública para el 94,1 y 96,2%, respectivamente. El 77,4% está profesionalmente satisfecho. El grado de satisfacción es de $6,4 \pm 1,3$ y el de conocimientos de $7,1 \pm 1,2$. El 94,3% no se considera peor profesional que el extrapenitenciario, pero el 66% cree estar menos reconocido profesionalmente. Si pudiera escoger, el 5,7% elegiría trabajar fuera de prisión, el 28,3% no muestra preferencia y el 66% seguiría igual. Se mostraron más satisfechos, los menores de 50 años (88,9% Vs 52,9% los mayores; $p=0,006$), los que no han publicado nunca (87,5 Vs 60% los que publican; $p=0,026$); y los que consideran tener conocimientos ≥ 7 (83,8% Vs 63,5% en los que tenían menos; $p=0,09$), pero el análisis multivariante sólo confirmó la asociación con tener menos de 50 años (OR: 6,0; IC= 1,35-26,58); $p=0,018$).

Discusión: Conocer la percepción del reconocimiento profesional y la satisfacción es básico para introducir elementos de mejora en la gestión de los recursos humanos. La satisfacción en los DUE penitenciarios es moderadamente aceptable, pero es significativamente menor en los mayores de 50 años. Además, se percibe que la formación y el reconocimiento profesional son aspectos mejorables.

Palabras clave: Prisiones; Satisfacción en el trabajo; Gestión; Recursos Humanos; Enfermería.

Training of correctional officers to detect predictors of urgent transfers in the inclusion process

A Pazin-Filho, L Fernando-Enrique,
C Willie-Alvarenga, L Loures dos Santos

Ribeirao Preto Medical School – University of Sao Paulo

Introduction: The planning of health programs for the prison population finds numerous obstacles, the main difficulty is keeping healthcare professionals, which generates a large number of transfers to external evaluation. The training of correctional officers to identify potential factors that lead external evaluation could reduce this problem.

Objective: To evaluate whether the training of correctional officers in identifying risk factors for transfer would be possible.

Methodology: Prison officers were trained in the use of an instrument of ten questions with answer “YES” or “NO” to be applied to the admission of re-educating the prison unit. The instrument aims to identify occupational or nosocomial risk.

Results: 1288 additions were made during 12 months of study, 272 (21.2%) in prisons and in 1016 (78.9%) in detention centers. 708 (54.9%) of reeducation responded negatively to all questions of the instrument, with no difference according to the type of prison facility. The number of positive responses by re-educating (0, 1, 2 and ≥ 3) is associated with transfers to external review - odds ratio 4.2 (95% CI - 1.6, 10.5).

Conclusion: The training of correctional officers to identify risk factors for assessment is feasible. The instrument was able to predict the need for transfer.

Keywords: Prisons; Inservice Training; Health Systems.

Obesidad e indicadores antropométricos en varones con síndrome coronario agudo ingresados en un hospital de referencia penitenciaria: estudio caso-control

A Martín-Castellanos, FJ Barca, M García, P Monago,
MA Muñoz, P Martín

Centro Penitenciario de Cáceres

Introducción y objetivos: La obesidad es un factor de riesgo cardiovascular con alta prevalencia en la población general y penitenciaria, que se relaciona con la cardiopatía isquémica. El objetivo es analizar mediante antropometría a varones con un Síndrome Coronario Agudo (SCA) y un grupo control, para establecer la asociación y correlaciones de distintos indicadores antropométricos de riesgo cardiovascular e identificar los más fuertes predictores para el infarto agudo de miocardio.

Métodos: estudio caso-control de SCA diagnosticado en el Hospital referente de un “Área de Salud” que integraba a un Centro Penitenciario. Los participantes fueron 102 infartados (10% reclusos) y un control por cada caso (n=102), emparejados por edad. Los datos de SCA se registraron durante los 10 primeros días del evento. Los controles fueron reclutados del área sanitaria, con datos procedentes de un Centro Penitenciario (30%), un Centro de reconocimientos médicos (30%), y un departamento de funcionarios del Estado (40%). Se midió peso, talla, cintura mínima (CC), cintura umbilical (CU) y cadera, siguiendo el protocolo de la *International Society for Advancement of Kineanthropometry*. Se calcularon el índice de masa corporal (IMC) y otros indicadores, las áreas bajo la curva (ABC) “receiver operating characteristic”, las odds ratio (OR), y las correlaciones en los infartados.

Resultados: la obesidad presentó mayor prevalencia en SCA (31,4% vs 9,1%; OR: 4,7). Todos los indicadores, excepto la cadera, mostraron significativamente asociación discriminatoria en los infartados: talla (1697,7±7,3 vs 173,3±8,5 cm; ABC: 0,619; OR: 2,1), IMC (28,3±4 vs 25,6±3 kg/m²; ABC: 0,699; OR: 3,9), ectomorfia (0,8±0,8 vs 1,4±0,96; ABC: 0,723; OR: 3,7), CC (98,5±19,1 vs 87,8±9 cm; ABC: 0,750; OR: 6,3), CU (102,3±22 vs 89,1±9,5 cm; ABC: 0,777; OR: 10), ratio CC-cadera (ABC: 0,832; OR: 11,6); ratio CU-cadera (ABC: 0,857; OR: 15,6), ratio CU-talla (ABC: 0,800; OR: 8,9). Las correlaciones más altas se establecieron entre las dos cinturas y los índices cintura-talla de los infartados (todas $r \geq 0,90$; $p < 0,001$).

Conclusiones: ciertos indicadores antropométricos de riesgo cardiovascular están claramente asociados al SCA. La CU es la medida aislada con mayor asociación. La obesidad se asocia débilmente y el IMC deja sin identificar a pacientes de riesgo. El índice CU-talla presenta alto poder discriminatorio y la mejor correlación antropométrica, explicando más fielmente el verdadero riesgo coronario; y se considera el indicador con más potencia cualitativa, refrendando su uso en la identificación de varones con riesgo de infarto y en las estrategias de prevención cardiovascular general y penitenciaria.

Palabras clave: Síndrome coronario agudo; Infarto de miocardio; Obesidad; Indicadores antropométricos; Factor de riesgo cardiovascular; Antropometría; Índice de masa corporal; Prisiones.

Estrategias de gestión para la promoción de la salud en los contextos de encierro en Argentina

N Sosa-Loyola, A Diaco, J Sotelo

Ministerio de Salud de la República Argentina

Objetivo. El objetivo de este trabajo es describir las actividades de gestión realizadas por el Programa de Salud en Contextos de Encierro (PSCE) para mejorar la calidad en el acceso a la salud de la población en contextos de encierro (PCE) para el período comprendido entre 2012 y 2015.

Métodos. -Creación de un Convenio de cooperación y asistencia interministerial (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos; Ministerio de Salud de la Nación); -Normativización de las pautas de prevención, diagnóstico, asistencia y tratamiento en 10 Programas y Direcciones del Ministerio de Salud (MS); -Adhesión de 5 jurisdicciones a un Convenio para la implementación del PSCE a nivel local; -Estudio sobre la percepción del acceso a la salud de la PCE en el Servicio Penitenciario Federal (dos servicios penitenciarios provinciales en proceso para el año 2014); -Diseño y puesta en marcha de un instrumento de recolección de información de indicadores delineados por cada uno de los Programas y Direcciones que elaboraron las pautas, a fin de contar con datos sobre las patologías prevalentes en el sistema penitenciario; -Visitas técnicas de monitoreo de los Programas y Direcciones adheridos al Convenio Marco; -Conformación de servicios de atención para la población de la diversidad sexual en una unidad penitenciaria federal.

Resultados. -40 equipos de trabajo en contextos de encierro (salud, educación y personal penitenciario) sensibilizados en acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades prevalentes; -Conformación de una mesa de gestión entre distintos actores: Programas del MS, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Agencias de Sistema de Naciones Unidas, y Ministerio de Educación; -Fortalecimiento de la capacidad de respuesta de los servicios locales mediante la organización de redes de atención en 13 jurisdicciones (81% de la población penitenciaria del país); -Según el estudio sobre la percepción de la accesibilidad a la salud, del total de la muestra (835 personas detenidas), el 43% afirma que su estado de salud es bueno.

Conclusiones. La mayoría de los centros penitenciarios del mundo han sido concebidos y están organizados para asegurar la seguridad pública y no para disminuir las tasas de incidencia de enfermedades prevalentes, tampoco buscan ser una oportunidad de acceso pleno de la PCE al sistema sanitario. En este sentido, a partir de la firma del Convenio y la creación de las pautas de prevención, diagnóstico, asistencia y tratamiento, se vienen desarrollando estrategias que promueven el acceso oportuno de esta población a los servicios de salud.

Ayuno voluntario (huelga de hambre) en las prisiones españolas. Un análisis descriptivo

J García-Guerrero, EJ Vera-Remartínez y
Grupo de Estudio de la Huelga de Hambre en las Prisiones Españolas

Centro Penitenciario Castellón I

Fundamento y objetivo: Sabemos poco sobre las características de los episodios de ayuno voluntario (EAV) en las prisiones españolas. El objetivo es describir estos episodios y su frecuencia.

Material y Método: Se estudiaron los EAV comunicados entre 01-04-2013 y 31-03-2014 en 28 prisiones españolas. Cuando dieron consentimiento informado (CI), se recogieron datos sociodemográficos, penitenciarios y clínicos. Las variables se expresaron en medias (IC95%) o medianas (IQR), según siguieran o no una distribución normal. Se realizó estudio descriptivo de las mismas. Se realizó un análisis bivariante mediante técnicas estadísticas clásicas y cuando la variable dependiente fue binaria mediante modelos de regresión logística binaria. Se utilizó el programa IBM SPSS Statistics v.20. El estudio fue visado por un CEIC acreditado y recibió los permisos administrativos pertinentes.

Resultados: Hubo 354 EAV en 29.762 personas de población media estudiada (incidencia de 11,9 EAV/‰ internos-año) y 6 prisiones no comunicaron episodios. Mediana de duración: 3 días (1-7) (rango: 1-71). En 180 casos (50,8% del total) hubo CI. 114 (63,4%) españoles, con edad media de 38,7 años (37,2-40,1), 134 (74,4%) penados; 92 (51,5%) con estudios primarios; 71 (39,4%) habían pasado más de 7 años en prisión y la causa más frecuente de EAV fue desacuerdo con resoluciones de los equipos de tratamiento en 57 (31,7%). Mediana de duración del EAV de 3 días (1-10) (rango: 1-71). 49 (27,2%) estuvieron 1 día de ayuno, 73 (40,9%) entre 2 y 7 días; 36 (20%) entre 8 y 14 días y 22 (12,2%) más de 14 días. 61 (33,9%) tuvo feto cetónico, 63 (35%) cetonuria y 10 (5,6%) pH urinario ácido. La mayor duración de los episodios se asocia a: mayor edad y signos clínicos y bioquímicos de ayuno (pérdida de peso, feto cetónico, cetonuria o hipoglucemia).

La media de pérdida de peso y de IMC fue de 1,3 kg (70,8 vs 69,5; $p<0,0001$), y 0,7 (24,5 vs 23,8; $p<0,0001$) respectivamente. El 9,9% (13 personas) perdió ≥ 7 kg, pérdida asociada a feto cetónico (OR: 4,379; IC95%: 1,146-16,734; $p=0,031$), cetonuria (OR: 6,981; IC95%: 1,482-32,885; $p=0,014$) y pH urinario ácido (OR: 8,296; IC95%: 1,974-34,782; $p=0,004$).

Conclusiones: El inicio de un EAV reivindicativo es frecuente en las prisiones españolas, pero es menos frecuente que se realice de forma verdadera y objetivable. Sólo un tercio de quien dice empezar un EAV en prisión ayuna realmente y sólo el 10% llegan a presentar signos clínicos o bioquímicos de riesgo.

Palabras clave: Prisiones; Prisionero; Hambre; España.

Cambios en la prevalencia de infección por VIH y del gasto en fármacos antirretrovirales en una prisión de Barcelona en los últimos 6 años (2009-2014)

C Gallego, N Parra, MP Pérez-Amigó, M Sánchez-Roig, A Puig,
MA Moruno, MJ Argüelles

Centro Penitenciario Quatre Camins

Objetivo: Conocer los cambios en la prevalencia de la infección por VIH, así como del gasto en fármacos antirretrovirales (FAR) en un centro penitenciario.

Métodos: Estudio descriptivo y transversal realizado en un centro de penados de Barcelona. Se recogió el 30 de abril de los últimos 6 años (2009-2014) el número total de internos, el número de infectados por VIH y el número de los que estaban con tratamiento antirretroviral (TAR). También se recogió el tipo de combinaciones prescritas, las veces en que se prescribieron y el precio de cada fármaco por periodo anual. Se ha calculado: a) la evolución de infectados y la proporción de tratamientos por periodos anuales; b) el coste absoluto mensual; y c) el coste medio del TAR en cada año analizado.

Resultados: El número de presos ha mostrado en el periodo 2009-2014 una moderada tendencia descendente (reducción del 6,8%), mientras que el de infectados ha disminuido drásticamente (reducción del 45,4%). Sin embargo, la proporción de pacientes con infección por VIH en que se ha prescrito TAR ha aumentado del 72,2% en 2009 hasta el 96,8% en 2014. Por este motivo, el número de TAR sólo se redujo el 26,8%.

En 2014 hay 120 tratados (11 en TDO) y los fármacos más prescritos son Truvada® (n=52), Norvir® (n=46) y Atripla® (n=34). La asociación de 3 análogos de los nucleósidos sólo se utiliza en el 2,5% de los casos.

En cuanto al gasto en FAR, fue de 133.165,7 €/mes en 2009 y de 77.685,48 €/mes en 2014 (descenso del 41,7%). Este descenso se debe al menor número de infectados, pero también al coste medio de la combinación prescrita, que fue de 812 €/mes en 2009 y de 647,38 €/mes en 2014, lo que ha supuesto una reducción del coste medio del 20,3%.

Conclusión: En nuestro centro los infectados por VIH han disminuido el 45,4% en los últimos 6 años, pero ha aumentado el número de pacientes en tratamiento por lo que la reducción de tratados ha sido menor (26,8%). Sin embargo, el gasto en FAR ha disminuido el 41,7% porque ha habido también una disminución del coste medio de tratamiento. Se recomienda contener el gasto farmacéutico, pero de forma que no menoscabe la calidad de las prestaciones sanitarias que reciben los presos infectados por el VIH.

Palabras clave: Prisiones; VIH; Prevalencia; Antirretrovirales; Economía farmacéutica.

Estudio de la implementación de las recomendaciones sobre prescripción de inhibidores de la bomba de protones IBP (Omeprazol)

P Sardà, JP Golf, A da Silva, F Nonell,
Grupo Projecte Essencial Quatre Camins

Serveis Sanitaris Centre Penitenciari Quatre Camins

Objetivo: Evaluar el impacto de aplicar la recomendación de solo prescribir los inhibidores de la bomba de protones (IBP) para la prevención de la patología ulcerosa en pacientes con tratamiento con Aine y en situaciones de riesgo aumentado de sangrado y de revalorar periódicamente la necesidad de continuar el tratamiento, para evitar la cronificación. Esta recomendación forma parte del Proyecto Essencial del Departament de Salut que promueve una práctica clínica que evite la realización de prácticas que no aporten valor terapéutico y así mejorar la calidad de la atención sanitaria.

Método: Se diseñó una estrategia de comunicación de esta recomendación de prescripción para los facultativos, que consistió en una sesión clínica realizada por el internista consultor y en la entrega del artículo “inhibidores de la bomba de protones el balance riesgo /beneficio.” También se indico más bibliografía sobre este tema. Seguidamente se entregó al médico de cada módulo el listado de los internos con Omeprazol para que hicieran una primera valoración de la indicación del tratamiento a (27/5/2013) y después se hizo una segunda valoración a 19/6/2014. También se calculó la evolución del nº de internos con IBP acumulados por año desde 2000 hasta el 2013.

Resultados: Evolución nº de pacientes con IBP acumulados /año ; Año 2000 : 0 pacientes. Año 2001 : 2p. Año 2002 : 5p. Año 2003: 23p. Año 2004: 73p. Año 2005: 82p. Año 2006: 124p. Año 2007: 153p. Año 2008: 154p. Año 2009: 186p. Año 2010: 196p. Año 2011 210p. Año 2012 200p. Año 2013: 208p.

El 20/04/ 2013, antes de la intervención, se registraron 119 pacientes en tratamiento con Omeprazol.

Un mes después de la intervención, de los 119, 58 seguían con tratamiento crónico. A 26 se les había suspendido el tratamiento. Y a los 35 restantes se les indicó fecha límite de tratamiento.

El 19/6/2014 se realizó una segunda valoración, registrándose 81 pacientes con omeprazol (13 pacientes con fecha final de tratamiento y 68 pacientes con tratamiento crónico).

Conclusiones: La intervención resultó más eficaz inicialmente al primer mes porque se redujo a la mitad el número de pacientes con pauta de Omeprazol crónico, aunque 13 meses después este número volvió a crecer en 10 pacientes. Esto demuestra que es necesario intervenir periódicamente para evitar el exceso de cronificación del tratamiento.

Cabe valorar la importancia de la explicación que se le da al paciente sobre los motivos por los cuales se interrumpe el tratamiento a fin de evitar demanda.

También sería conveniente identificar otras prácticas clínicas que no aporten valor terapéutico para poder moderarlas.

Palabra clave: Omeprazol; Prescripciones de medicamentos; Evaluación del impacto en la salud.

Riesgo relativo de fallecimiento en pacientes VIH positivos por causa no indicativa de sida en las prisiones españolas

E Acín, O Muñoz

Subdirección General de Sanidad Penitenciaria

Objetivo: Describir el riesgo relativo de fallecimiento en las prisiones españolas de los pacientes VIH positivos por causas no sida en los años 2012 y 2013, y su repercusión en la gestión sanitaria.

Material y métodos: Estudio descriptivo del riesgo relativo (RR) de fallecimiento en pacientes VIH (tasa de fallecimiento ajustada en VIH+ / Tasa de fallecimiento ajustada en VIH-) causado por enfermedades no indicativas de caso de sida, en los centros penitenciarios españoles (excepto Cataluña, cuyas competencias penitenciarias están transferidas) en los años 2012 y 2013. Los datos se recogen por los médicos de los centros penitenciarios en un cuestionario con las causas de la defunción y otros factores intercurrentes como el VIH y se remiten a la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Estos datos se completan con el informe emitido por el hospital de referencia, si falleció ingresado en el mismo, o con los informes de autopsia y toxicológico.

Resultados y discusión: El RR de fallecimiento para los pacientes VIH por todas las causas no sida fue de 5,7 en el análisis conjunto 2012-2013. La mayor asociación se produjo en las causas naturales RR=6,3 y desglosadas por grupos diagnósticos: circulatorias RR=4,7, respiratorias RR=9,0, tumores RR=4,8 y digestivas RR=18,9. El RR fue de 2,9 para fallecimientos por reacción adversa a drogas y de 1,4 para fallecimientos por suicidio.

Aunque la tasa de fallecimiento por enfermedades indicativas de caso de sida ha disminuido notablemente en los últimos años en los centros penitenciarios españoles (0,56 por cada mil internos y año en 2008 hasta 0,08 en 2013), la tasa de fallecimiento por enfermedades no indicativas de caso de sida en los VIH+ es 5,7 veces superior a la de los VIH-. La literatura recoge una mayor incidencia de eventos cardiovasculares, tumores (cáncer de pulmón) y patología respiratoria de origen infeccioso en los pacientes VIH+. El mayor RR es de causa digestiva debido a la patología hepática relacionada con la hepatitis C, ya que un 88% de los pacientes VIH están coinfectados por el VHC. El mayor RR por reacción adversa a drogas y el ligeramente mayor RR de fallecimiento por suicidio es debido a que el 91,9% de los VIH tienen, en su origen, como práctica de riesgo relacionada el uso de drogas inyectadas, que se asocia a su vez a un mayor riesgo de suicidio.

Conclusiones: El mayor riesgo relativo de fallecimiento por causas no sida de los pacientes VIH hace necesario mantener, a pesar del descenso de la tasa de mortalidad por sida, una mayor asignación de recursos sanitarios para estos pacientes que, además del control y tratamiento de la infección VIH, necesitan una mayor atención en consultas programadas para la detección y tratamiento de otras enfermedades para las que presentan un mayor riesgo de fallecimiento.

Palabras clave: Prisiones; Tasa de Mortalidad; Riesgo Relativo; VIH.

Evolución de la detección de “body packers” por placa radiográfica en cuatro centros penitenciarios de Cataluña (2007/2013)

B Fortuna¹, L Esteba¹, P Sardà², V Mejías²

Centre Penitenciari Quatre Camins

Introducción y Objetivo: La radiografía simple abdominal está considerada como la técnica diagnóstica de elección para el diagnóstico de Bodys Packers (BP) y posee una sensibilidad (obtenida a partir de grandes series) del 75%-95%¹. Nuestro objetivo es comprobar la evolución del porcentaje de aciertos en la detección de BP mediante placas radiográficas positivas en cuatro centros penitenciarios durante seis años.

Método: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo a partir de los datos de la actividad del Servicio de Diagnóstico por la Imagen del Consorci Sanitari de Terrassa, recogidos en las Memorias anuales del 2007 al 2013. Se determinó para cada año núm. de placas regimentales, núm. de placas positivas y se calculó del porcentaje de aciertos.

Resultados:

2007; CP1(247p*/32+**)13 %a***,CP2(89p/4+) 5 %a.,CP3 (--)CP4(189p/12+)6%a.
2008; CP1(209p/24+)11%a.CP2(92p/11+)12%a,CP3(11p/4+)36%a,CP4(164p/14+)8%a.
2009; CP1(176p/32+)18%a.CP2(150p/40+)27%a,CP3(259/45+)18%a,CP4(205/35+)17%a.
2010; CP1(187p/23+)13%a.CP2(150p/38+)25%a,CP3(188/32+)17%a,CP4(207/31+)15%a.
2011; CP1(97p/15+)16%a.CP2(78p/20+)26%a,CP3(186/44+)24%a,CP4(192/28+)15%a.
2012; CP 1(99p/24+)25%a.CP2(79p/31+)39%a,CP3(149/32+)21%a,CP4 (266p/51+)19%a.
2013; CP 1(132p/19+)14%a.CP2(85/22+)26%a,CP3(169/22+)13%a.CP4(328p/44+)13%a.

*p (placas regimentales),**+(placas positivas),***%a (porcentaje aciertos)

Porcentaje máximo de aciertos; 39% con (79p/31+)

Porcentaje mínimo de aciertos; 5% con (89p/4+)

Núm. más alto de placas realizadas /año 328p, con un 13% a.

Núm. mínimo de placas realizadas /año 11p, con un 36% a.

Conclusiones: Viendo la evolución del número de placas en los años estudiados nos lleva a puntualizar que el CP4 es el que más placas han realizado, sobre todo en los últimos dos años, 266 y 328 respectivamente. El resto de CP en general, ha ido disminuyendo a partir del año 2009.

También se comprueba que el mayor porcentaje de aciertos no depende del número de placas regimentales realizadas ya que el CP2 es el centro con más aciertos aunque sea el centro que menos placas realiza.

Es de suponer que el porcentaje de aciertos también depende de las averiguaciones previas que el personal regimental realiza antes de decidir a qué interno se le debe realizar la radiografía.

(1) Traub SJ, Hoffman RS, Nelson LS. Body packing – The internal cocealmnt of illicit drugs. NEJM. 2003; 349: 2519-26.

Palabras clave: Prisiones; Radiografía; Detección; Body packer.

Control telemático por motivos médicos en régimen abierto

E Álvaro¹, M Vegue²

C.I.S. Victoria Kent, Madrid¹; C.P. Madrid IV, Navacarnero²

Objetivo: Describir las características clínicas y la atención recibida por los pacientes de un centro de inserción social (C.I.S.) que cumplen condena en su domicilio con control telemático por motivos médicos en aplicación del artículo 86.4 del Reglamento Penitenciario.

Métodos: Estudio descriptivo a partir de las historias clínicas del C.I.S. Victoria Kent desde 2010 hasta junio de 2014, codificando con criterios CIE-10 las enfermedades recogidas en los informes emitidos para estudio de la aplicación del artículo 86.4 por motivos médicos.

Resultados: Se beneficiaron de la medida 102 pacientes, 83% varones y 17% mujeres. En ellos se identificaron 162 enfermedades, ya que el 30% presentaba más de una patología justificativa de la medida. En 38 pacientes se aplica ese régimen de vida para someterse a intervenciones quirúrgicas y en 19 para tratamiento de cáncer. Presentan enfermedad del S.N.C. el 24%, Neoplasias el 19%, lesiones el 19%, enfermedades cardiovasculares el 19%, del aparato respiratorio el 14%, del sistema genitourinario el 12%, del aparato locomotor el 12%, del aparato digestivo el 10%, enfermedades endocrinas el 10% y otras el 23%. Se realizó seguimiento quincenal al 26% de los pacientes y mensual al 74%. La duración de la medida fue temporal para el 59% de los pacientes y se mantuvo durante su permanencia en el C.I.S. para el 41%. Resultó necesario retirar temporalmente el dispositivo de control en 87 ocasiones, en el 48% de los casos para someterse a cirugía o pruebas invasivas, en el 35% para realizar pruebas de imagen médica, principalmente resonancias magnéticas, y por otros motivos en el 17% restante. Para facilitar asistencia médica fue necesario modificar el horario de permanencia en el domicilio en 48 ocasiones. Se cambió el lugar de colocación del dispositivo telemático 5 veces por reacción alérgica o edemas en miembros inferiores. Fue necesario seguimiento domiciliario de los pacientes en 3 ocasiones. Un paciente falleció durante la aplicación de la medida.

Conclusiones: El control telemático domiciliario facilita que los enfermos dependientes de instituciones penitenciarias reciban la atención sanitaria que precisan en las mejores condiciones.

Resulta conveniente poder disponer de un impreso oficial normalizado para la petición de estudio de la aplicación del control telemático por motivos de salud.

Conviene que también enfermos crónicos y discapacitados puedan beneficiarse de esta medida ya que la redacción actual de la instrucción 13/2006 que regula su aplicación sólo la contempla con carácter transitorio y al objeto de recuperar la salud.

Relación de ayuda y actividad físico-deportiva como “activos para la salud” en jóvenes presos de la Comunitat Valenciana

JJ Paredes-Carbonell^{1,2y3}, P Paredes-Adam⁴, P López-Sánchez^{1y3}

Universitat de València¹; FISABIO²; Secció de Promoció de la Salut – Centre de Salut Pública de València³;
Universidad Católica de Valencia⁴

Objetivos. Describir conexiones entre activos identificados por jóvenes presos de la Comunitat Valenciana (CV), teniendo en cuenta la relación de ayuda y la actividad físico-deportiva; y proponer acciones dirigidas a potenciar estos activos.

Métodos: Estudio cualitativo descriptivo a partir de un análisis de contenido temático de cuestionarios de preguntas abiertas. Los activos son “recursos que mejoran las habilidades de personas, grupos, comunidades y/o instituciones para mantener la salud y el bienestar”. El modelo de activos o “assets” se operativiza a través de la elaboración de mapas de activos, implementando acciones basadas en su conexión y evaluando los cambios obtenidos. A partir de un estudio previo, en el que se elaboró un mapa de activos mediante la opinión del total de jóvenes presos (de 18 a 22 años) en tres centros penitenciarios de la CV, n=124; tres investigadores por separado, uno experto en actividad físico-deportiva y dos en promoción de la salud, revisaron los 124 cuestionarios y el mapa de activos obtenidos siguiendo las etapas de: 1) Identificación de activos que expresen “relación de ayuda” y “actividad físico-deportiva”; 2) Establecimiento de conexiones entre activos identificados; 3) Elaboración de propuestas de acción que permitan dinamizar las conexiones; 4) Puesta en común y redacción de resultados consensuados.

Resultados: Los activos que expresan relación de ayuda y generan salud en la relación con otros compañeros del centro son: capacidad para “comunicar/expresar sentimientos”, “tener paciencia con los demás”, “dejarse ayudar”, “saber escuchar”, “apoyar/ayudar a los demás” y “disposición a hacer cosas positivas por el módulo y los compañeros”. La principal capacidad, mencionada por 58 sujetos, que los jóvenes poseen para generar salud en el medio penitenciario es “hacer deporte”. Los amigos y compañeros y la familia, son los principales recursos-persona que identifican tanto dentro como fuera del medio. Los profesionales del centro considerados activos son: “médicos”, “ayudantes”, “educadores”, “maestros” y “monitores deportivos”. Los “equipos deportivos” son identificados como activos tanto dentro como fuera del centro y en este se mencionan como activos-espacios: “polideportivo”, “gimnasio”, “patio” y “piscina”.

Conclusiones: La principal propuesta es que estos activos pueden conectarse en cada centro a través de un programa que incorpore la adquisición y potenciación de habilidades de relación de ayuda mediante la actividad física a nivel individual y grupal; la formación de equipos para competir con otros jóvenes de fuera del centro y con un papel activo de profesionales, familiares y amigos.

El sistema penitenciario de Brasil como un escenario de formación médica

LL Santos, ATR Mattos, CSV Macedo, HF Barbosa, AP Filho

Facultad de Medicina de Ribeirao Preto – Uniersidad de Sao Paulo

Objetivos: Presentar la experiencia innovadora del uso del sistema penitenciario como escenario opcional para los estudiantes de medicina matriculados en la disciplina de Medicina de Confinamiento de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) de la Universidad de São Paulo en Brasil.

Métodos: La disciplina de Medicina de Confinamiento empezó en 2011 con objetivo de proporcionar conocimientos acerca de las necesidades especiales de cuidado de la salud de las poblaciones a la reclusión impuestas como las prisiones o los pacientes de los hospitales que requieren aislamiento respiratorio. También se espera que los estudiantes conozcan la epidemiología de las patologías más frecuentes y la estructura para la atención de la salud de los internos. Son ofrecidos dos grupos de la disciplina para 20 estudiantes del cuarto año de medicina en el segundo semestre con 30 horas en una semana. La disciplina tiene la participación de profesores de los departamentos de Medicina Interna, Ginecología, Patología y Medicina Social de la FMRP. Su plan de estudios cubre la sanidad penitenciaria y utiliza la metodología como conferencias, seminarios, discusiones guiadas, visitas y consultas clínicas en la prisión masculina y femenina en el Sistema Penitenciario de Ribeirão Preto. Durante la visita, los estudiantes entrevistan a las autoridades de la institución y preparan un informe para ser entregado a la evaluación final del curso cuando se evalúa el curso y se discuten las condiciones de atención de la salud realizado en la cárcel de hombres y mujeres.

Resultados: Desde el año 2011 se ofrecieron seis clases, en los que participaron 79 estudiantes, con media de 13,1 alumnos por clase. En 2011, fueron 23 estudiantes matriculados, 30 en 2012 y 26 en 2013. Para 2014 están inscritos 32 estudiantes, totalizando 111 estudiantes en todo el período. Se recopilaron y analizaron las opiniones de 60 estudiantes (74,7%), pues 19 evaluaciones aún no se han sido analizadas. La disciplina fue valorada por 53,3% como excelente, 45% como bueno. Todos afirman que el contenido de la disciplina estaba adecuada para ser hecha por los estudiantes de cuarto año de medicina. La realización de las prácticas en las prisiones fue clasificada como excelente por 76,7% de los estudiantes, 21,7% como buena y 1,7% regular.

Conclusiones: El curso electivo Medicina Confinamiento permitió una oportunidad de interacción entre la educación y los servicios de salud, fomentando el vínculo entre la formación académica para satisfacer las necesidades de salud de la sociedad.

Análisis DAFO como herramienta de elaboración de un plan estratégico del servicio médico de un Centro Penitenciario

JA Martín-Peláez, D González-Tejedor, JM Riveiro-Castro,
ML Campos-Varela, A Martínez-Cardoso, C Suárez-Mujico,
V San José-Camarón

Centro Penitenciario Teixeiro

Objetivo: Establecer las prioridades de intervención en los servicios médicos del Centro Penitenciario de Teixeiro con participación de los profesionales sanitarios.

Método: Empleo de la metodología de análisis DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades) para establecer un plan estratégico en los servicios médicos del Centro Penitenciario de Teixeiro. Se pasa un cuestionario abierto para evaluación e incorporación de nuevos ítems mediante lluvia de ideas para posterior valoración individual de forma anónima puntuando de 0 a 5 puntos.

Resultados: Participan 3 médicos, 12 enfermeros, 4 auxiliares y 2 funcionarios de la oficina sanitaria. De forma global las principales debilidades del servicio señaladas son: la ausencia de coordinación informática con el Servicio Gallego de Salud que retrasa obtener resultados de analíticas, informes y pruebas (4,7/5); falta de formación continuada (3,6/5); escasa promoción profesional (3,5/5) y equipos de trabajo poco estructurados en los que prevalece el trabajo individualizado (3,1/5). Las principales fortalezas detectadas son: profesionales capacitados (4,3/5); cobertura de programas básicos como serologías, vacunas y VIH (3,7/5); continuidad asistencial, los profesionales siguen a sus mismos pacientes y son establecidos como referencias. Las principales amenazas detectadas: la situación económica con recorte de gasto que no permite la contratación de dentista y psiquiatra (4,4/5); incremento de pacientes psiquiátricos sin implementación de recursos específicos (4,2/5); aumento de la edad media de los pacientes que ingresan por cambio de la tipología delictiva con mayor grado de patologías crónicas (2,5/5). Las oportunidades que se señalan como más relevantes son: posibilidad de integrarnos en la tarjeta sanitaria única y acceder a informes y pruebas hospitalarias (3,5/5); incremento de las colaboraciones con ONGs de ayuda al enfermo mental y VIH (3,2/5); formas de colaboración público-privada con servicios de odontología (3,1/5); explorar otras opciones de educación para la salud como la formación por iguales (2,8/5).

Conclusiones: La metodología DAFO es una herramienta que permite el análisis de los factores a priorizar en una planificación estratégica, con la participación de todos los profesionales implicados. En nuestro caso detectamos como prioridad la necesidad de mejora en la colaboración entre los profesionales sanitarios y la situación actual de aplicaciones informáticas obsoletas y aisladas del sistema de salud comunitario, así como la necesaria dotación de recursos para una adecuada cobertura odontológica y psiquiátrica. El modelo piramidal de trabajo se muestra insuficiente, requiriendo la aplicación de un nuevo modelo de gestión por procesos con flujo y coordinación horizontal entre profesionales.

Prevalencia de AGhBs positivo en presos de Cataluña y perfil diferencial según el lugar de origen

A Marco¹, C Solé², C Gallego³, R Planella⁴, E Leandro⁵, A Sastre⁶, I Valls¹,
C Sarriera¹, N Teixidó², A da Silva³, RA Guerrero⁷

Servicios Médicos de los Centros Penitenciarios de Hombres¹; Brians 1²; Quatre Camins³; Lledoners⁵; Brians 2⁶ de Barcelona y de Ponent ⁴ de Lleida; Área de Sanidad del Departament de Justicia⁷, Generalitat de Catalunya.

Objetivo: estimar la prevalencia de HBsAg positivo en reclusos de Cataluña, así como los factores diferenciales según lugar de origen.

Métodos: Estudio multicéntrico de prevalencia realizado en las prisiones de Hombres, Quatre Camins, Brians-1, Brians-2 y Lledoners de Barcelona y en la de Ponent de Lleida. Se consideró HBsAg positivo cuando éste se mantenía positivo al menos en dos determinaciones analíticas realizadas con una diferencia superior a 6 meses. Se realizó un corte transversal el 26.03.2014 y se recogieron variables epidemiológicas, clínicas y terapéuticas. Para comparar variables cualitativas se utilizó la prueba de la χ^2 y como medida de asociación a nivel univariado se calcularon *odds ratios* (OR) e intervalos de confianza del 95% (IC). Para estudiar la asociación entre variables cualitativas se ha utilizado la prueba de la χ^2 y el test exacto de Fisher.

Resultados: Se estudiaron 7.704 internos (78,5% de la población presa catalana). El 54,7% era español y el 45,3% extranjero. En 6.764 (cobertura del 87,8%) se disponía de HBsAg y éste en 173 (2,6%; IC95%: 2,47-2,73) era positivo. En los españoles, la prevalencia era del 1,5% y en los extranjeros del 3,8%.

La edad media era $39 \pm 9,4$ años, el 95,9% era varón y el 26,7% usuario de drogas intravenosas (UDI). Además, el 27,4% presentaba coinfección por VHC, el 13,4% coinfección por VIH y el 9,9% coinfección por VIH y VHC.

El 65,7% de los casos con HBsAg era extranjero (48,3% del África subsahariana y 25% de antiguos países de Europa del Este). Los españoles tenían más edad (media de 43,8 vs 36,4 años; $p=0,04$), y eran más frecuentemente UDI (57,6% vs 10,6%; $p<0,001$), coinfectados por VIH (57,6% vs 10,6%; $p<0,001$) y coinfectados por VIH y VHC (16,4 vs 0,9%; $p<0,001$).

Discusión: La prevalencia de HBsAg en los presos españoles es similar al intervalo (0,7-1,69%) estimado para la población general española¹. La mayoría de estos son UDI de más de 40 años de edad y con otras infecciones adquiridas por ese consumo. La prevalencia de HBsAg en extranjeros es más alta ya que muchos proceden de zonas hiperendémicas de infección por VHB. Se recomienda mantener el screening al ingreso en prisión, la vacunación anti VHB de los ingresos susceptibles, la detección precoz de los casos con HBsAg y el estudio especializado de este grupo de pacientes.

Palabras clave: Prisiones; Hepatitis; Prevalencia; Vacunación.

1. Muñoz-Gámez JA, Salmerón J. Prevalencia de la hepatitis B y C en España: se necesitan más datos. Rev Esp Enferm Dig (Madrid) 2013; 105: 245-48.

Uso de inhibidores de la proteasa en presos infectados por VIH de Cataluña en el periodo 2010-2013

XR Blanco¹, R Criollo², CH Castro³, M Díaz¹, N Domènech²,
L Fernández⁴, C Gallego¹, R García-Hurtado⁴, JP Golf¹,
T González-Rodríguez⁶, R Guerrero⁷, A Màrquez¹, R Planella⁶,
A Potes¹, R Ramón³, A Ruiz², T Sales⁶, A Sastre³, A Sastre³, C Solé²,
N Teixidó², A Valdés¹, I Valls⁴, R Solé⁸, A Marco⁴, J Mallolas⁹

Centros Penitenciarios (CP) Quatre Camins¹, Brians 1² y Brians 2³, Hombres⁴ y Lledoners de Barcelona.
CP Ponent de Lleida⁶. Àrea de Sanitat del Departament de Justícia⁷.
Hospital Consorci Sanitari de Terrassa⁸. Hospital Clínic de Barcelona⁹

Objetivo: Analizar el uso de inhibidores de la proteasa (IP), y posibles variables asociadas, en presos infectados por VIH.

Material y Métodos: Estudio descriptivo, multicéntrico y retrospectivo. Se analiza el uso de IP, y posibles variables asociadas, en internos de 5 prisiones de Barcelona y Lleida durante 2010 -2013 (4 años).

Se analizan las variables: edad, sexo, origen, uso de drogas intravenosas (UDI), tratamiento con metadona (TM), infección por VHC, HbsAg positivo, cifra de linfocitos CD4+, carga viral VIH, combinación, causa y fecha de tratamiento antirretroviral (TAR).

Se incluyeron los casos en tratamiento con IPs en febrero de cada año y se evaluó tipo de combinación utilizada y la tendencia. Como medida de asociación, se han calculado *odds ratios* (OR) con intervalos de confianza (IC) del 95%.

Resultados: Se incluyeron 1.113 pacientes (edad media 42,4 años, 79,9% hombre, 89,6% español, 87,6% UDI, 56,2% en TM, 91,2% VHC+ y 5,4% HbsAg+). En los españoles había más UDI (OR:4,62), más TM (OR:1,97) y más CV VIH indetectable (OR:1,66).

El 76,6% de las combinaciones se habían prescrito en prisión y la causa más frecuente era el rescate postfracaso (25,8%) y el inicio de TAR (22,6%).

El uso de IP se mantuvo estable durante el tiempo analizado, El 81,5% de las combinaciones incluía 1 IP y 2 análogos de los nucleósidos (AN). Sólo el 4,8% eran monoterapias. Los IP más utilizados eran Darunavir (33,6%) y Atazanavir (33,1%). Únicamente Darunavir mostró un uso creciente ($p<0,001$) a lo largo del tiempo.

Discusión: El uso de IPs en prisión es muy frecuente, la mayoría en combinación con dos AN. Sólo el 22% de los casos se prescribe en naïves. Los más utilizados son Darunavir y Atazanavir, pero sólo el primero de ellos ha mantenido una tendencia creciente en cuanto a prescripción.

Palabras clave: Prisiones; TARGA; Tendencias; Inhibidores de la proteasa VIH.

Respuesta virológica rápida extendida en presos españoles con y sin infección por VIH tratados de la hepatitis crónica C con Telaprevir, Peginterferon Alfa y Ribavirina

A Marco¹, J Portu², O Retto³, C Solé⁴, C Gallego⁵, A Sastre⁶,
P Saiz de la Hoya⁷, C Sarriera¹, A da Silva⁵, N Teixidó⁴, RA Guerrero⁸

Servicios Médicos de Hombres¹, Lledoners³, Brians 1⁴, Brians 2⁶ y Quatre Camins⁵ de Barcelona.
Servicios Médicos de Fontcalent, Alicante⁷. Hospital Universitario de Álava².
Área de Sanidad del Departamento de Justicia de la Generalitat de Catalunya⁸.

Objetivo: Determinar la Respuesta virológica rápida extendida (RVRe) en presos con y sin infección por VIH tratados con Telaprevir (TLV), Peginterferon (PegINF) y Ribavirina (RBV).

Material y Métodos: Estudio descriptivo y multicéntrico efectuado en 5 prisiones de Cataluña, una del País Vasco y una de Levante. Se estudió la RVRe en presos que iniciaron tratamiento en 2013 con TLV, PegINF y RBV. Se denominó respuesta viral rápida completa (RVReC) la ausencia de RNA-VHC en semana 4 y respuesta viral rápida parcial (RVReP) si el RNA-VHC era detectable, pero <1000 UI. Se consideró RVRe la ausencia de RNA-VHC en semanas 4 y 12. El análisis se efectuó por intención de tratamiento.

VARIABLES ESTUDIADAS: edad, uso de drogas intravenosas (UDI), tratamiento sustitutivo con opioides (TSO), coinfección por VIH, linfocitos T CD4+, grado de fibrosis, polimorfismo IL28B, RNA VHC basal y genotipo. Se consideró RNA VHC alta >400.000 UI/mL. El grado de fibrosis se determinó mediante elastografía de transición.

Se utilizaron la media y la desviación típica para las variables continuas y porcentajes e intervalo de confianza al 95% para las discretas. Las diferencias entre grupos se exploraron mediante pruebas t para datos independientes con las variables continuas y pruebas χ^2 para variables discretas.

Resultados: Se trataron 24 pacientes, todos hombres, de edad media 43.7 ± 5.8 años. El 87.5% era IDU, el 25% con TSO (5 con metadona y 1 con buprenorfina/naloxona) y el 45.8% coinfectado por VIH. El 87.5% tenía RNA VHC basal elevado, el 25% polimorfismo CC y el 45,8% fibrosis 4. El 75% era naïve (100% de los infectados por VIH Vs. 53.8% de los que no; $p=0.01$).

Hubo 2 fracasos, 1 pérdida por excarcelación, 1 parada de todo el tratamiento por efectos adversos y 1 caso de retirada de TLV por rash, aunque se mantuvo PegINF y RBV.

La RVReP fue del 83.3% y la RVRe del 62.5%. La RVRe fue menor en infectados por VIH (45.5% Vs. 78.6% en mono infectados), pero sin diferencias significativas ($p=0.11$). La única variable asociada a la RVRe fue la edad (100% en <40 años Vs. 52.6% si ≥ 40 años; $p=0.03$).

Conclusiones: La RVRe obtenida en presos tratados con TLV, PegINF y RBV es similar a la obtenida en no presos en los estudios pivotaes con TLV y sugieren que esta población puede y debe ser tratada en las mismas condiciones que los no privados de libertad.

Palabras clave: Prisiones; Hepatitis C; Estudio multicéntrico; Telaprevir.

18 meses de tratamiento con Telaprevir o Boceprevir más Interferon Pegilado y Ribavirina en presos de Cataluña. Resultados preliminares de eficacia y de discontinuación de tratamiento

A Marco¹, E Leandro², C Gallego³, C Solé⁴, A Sastre⁵, R Planella⁶,
A da Silva³, N Teixidó⁴, C Sarriera¹, RA Guerrero⁷

Servicios Médicos de Hombres¹, Lledoners², Quatre Camins³, Brians 1⁴ y Brians 2⁵ de Barcelona, Ponent⁶ de Lleida. Área de Sanidad del Departamento de Justicia de la Generalitat de Catalunya⁷.

Objetivo: Presentar la eficacia y la discontinuación del tratamiento con antivirales de acción directa (AAD) más Interferon Pegilado (pegINF) y Ribavirina en presos de Cataluña.

Material y Métodos: Estudio descriptivo, multicéntrico, realizado en las prisiones catalanas en las que se prescribió tratamiento con AAD más pegINF y Ribavirina en el periodo 01.01.2013-30.06.2014. Variables estudiadas: edad, uso de drogas intravenosas (UDI), tratamiento sustitutivo con opioides (TSO), coinfección VIH, linfocitos CD4+, grado de fibrosis, polimorfismo IL28B, RNA VHC basal y genotipo. Se consideró RNA VHC elevada si >400.000 UI/mL. La fibrosis se determinó mediante elastografía de transición. Se recogieron las discontinuaciones de tratamiento y sus causas. Para valorar la eficacia se utilizó la respuesta viral rápida (RVR), la precoz (RVP), la de semana 24 y/o de final de tratamiento (RFT), así como la respuesta viral sostenida (RVS) medida 24 semanas post-finalización. Se han utilizado la media y la desviación típica para las variables continuas y los porcentajes e intervalo de confianza al 95% para las discretas. Las diferencias entre grupos fueron exploradas mediante pruebas t para datos independientes con las variables continuas y pruebas χ^2 para variables discretas.

Resultados: Iniciaron tratamiento 32 pacientes, 27 con Telaprevir y 5 con Boceprevir. Todos hombres de edad media $43,6 \pm 7,5$ años. El 81,3% era IDU, el 28,1% con TSO y el 37,5% infectado por VIH. El 84,4% presentaba RNA VHC elevado, el 37,5% polimorfismo CC y el 34,4% fibrosis 4. Hubo 7 discontinuaciones (21,9%), 6 completas (2 por falta de eficacia, 2 por efectos adversos y 2 por excarcelaciones con 1 pérdida de seguimiento y 1 éxitus no relacionado con el tratamiento) y 1 parcial (retirada de Telaprevir por rash, manteniendo biterapia). Una tercera excarcelación mantuvo el tratamiento extrapenitenciariamente. No hubo diferencias en las discontinuaciones según fueran o no infectados por VIH ($p=0,43$). De los 26 que continuaron el tratamiento, 11 han finalizado y 15 no. La RVR, RVP, RFT y RVS por análisis de tratamiento realizado ha sido del 74,7%, 91,7%, 90,9% y 85,7%, respectivamente.

Conclusión: Los resultados de eficacia y de discontinuación de tratamiento no varían significativamente de los obtenidos extrapenitenciariamente, pero la discontinuación podría reducirse si se mejora la coordinación intra-extrapenitenciaria. Estos datos sugieren que en presos el tratamiento con AAD más PegINF y Ribavirina es factible y eficaz si está efectuado por equipos formados y motivados.

Palabras clave: Prisiones; Hepatitis C Crónica; Eficacia; Antivirales.

Tratamiento de la hepatitis B crónica en presos de Cataluña: ¿qué características tienen, cuántos están en tratamiento y con qué fármacos?

A Marco¹, C Solé², C Gallego³, R Planella⁴, E Lenadro⁵, A Sastre⁶,
I Valls¹, N Teixidó², A da Silva³, C Sarriera¹, RA Guerrero⁷

Servicios Médicos de los Centros Penitenciarios de Hombres¹, Brians-1²,
Quatre Camins³, Lledoners⁵ y Brians-2⁶ de Barcelona y de Ponent⁴ de Lleida.
Área de Sanidad del Departament de Justicia⁷. Generalitat de Catalunya

Objetivo: Analizar cómo son y si están siendo tratados los internos con hepatitis B crónica en Cataluña.

Métodos: Estudio multicéntrico, observacional, realizado en las prisiones de Hombres, Quatre Camins, Brians 1, Brians 2 y Lledoners de Barcelona y en la de Ponent de Lleida, que acogen al 77,4% de los presos de Cataluña. Se realizó un corte transversal el 31.05.2013 y se recogieron los casos que presentaban HbsAg positivo en dos determinaciones analíticas realizadas ≥ 6 meses. Se comprobó: a) en cuántos de ellos había, a criterio de la AEEH1, una evaluación mínima (HBeAg, anti HBe, DNA VHB y cuantificación transaminasas); y b) en cuántos y con qué fármacos se había iniciado tratamiento anti VHB. Para determinar variables asociadas al tratamiento se realizó un análisis bivariante y multivariante mediante regresión logística binaria.

Resultados: Había 173 casos con HbsAg+ y en 114 (65,9%) se disponía de evaluación mínima. Los no evaluados hacía menos tiempo que estaban en prisión (medias comparadas $p < 2000$ UI/ml. Todos los casos con DNA-VHB > 2000 UI habían sido evaluados. Estaban en tratamiento 19 internos: 6 mono infectados (5 con Entecavir y 1 con Tenofovir) y 13 coinfectados por VIH (todos con Tenofovir más Emtricitabina). El tratamiento era más frecuente en extranjeros, en UDI, en no infectados por VHA, en coinfectados por VHC, en coinfectados por VIH, en HbeAg+ y en casos con DNA-VHB > 2000 UI. Sin embargo, las únicas variables asociadas de forma independiente al tratamiento en el análisis multivariante fueron: a) ser UDI ($p=0,03$; OR: 13,41, IC= 1,28-140,82); b) tener infección VIH ($p=0,004$; OR: 30,68, IC= 2,90-324,80); y c) tener DNA > 2000 UI ($p=0,003$; OR: 55,18, IC= 3,89-783,49).

Discusión: El grado de estudio de los internos HbsAg+ es aceptable ya que los no evaluados suelen llevar poco tiempo en prisión. El 16,7% de los estudiados está en tratamiento. Se asocia a ser tratado ser UDI, infectado por VIH y presentar DNA > 2000 UI. En los infectados por VIH el tratamiento es siempre Tenofovir más Emtricitabina. (1): Buti M, et al. Documento de consenso de la AEEH sobre el tratamiento de la infección por el virus de la hepatitis B (2012). Gastroenterol Hepatol 2012; 35: 512-28.

Palabras clave: Prisiones; Virus de la hepatitis VHB; Tratamiento; Estudio multicéntrico.

Prevalencia de diagnóstico tardío y de infección avanzada en los casos con infección por VIH detectados en dos prisiones de Barcelona

A Marco¹, C Gallego², M Escribano¹, MJ Argüelles²,
N Solé¹, M Sánchez-Roig²

Servicios Sanitarios de los Centros Penitenciarios de Hombres¹, y de Quatre Camins² de Barcelona

Objetivo: Determinar la prevalencia de infección por VIH, diagnóstico tardío (DT) e infección avanzada (IA) en dos prisiones, de preventivos y de penados, de Barcelona.

Métodos: Estudio prospectivo, observacional, realizado en el CP1 (internos detenidos recientemente) y en el CP2 (presos ya penados, generalmente trasladados de otras prisiones). Se estudian los diagnósticos VIH, confirmados mediante Western Blot, detectados en el periodo 01.01.2010-30.06.2014 (54 meses). Se consideró DT si $CD4+/\mu L < 350$ e IA si $CD4+/\mu L < 200$ y/o tenía criterios clínicos de SIDA. Variables estudiadas: edad, origen, país procedencia, vía de transmisión, linfocitos $CD4+$, carga viral VIH plasmática (CVP) y serologías HbsAg, VHC y lues. Para estudiar la asociación entre variables cualitativas se utiliza la prueba de la χ^2 . Para determinar variables predictivas se realiza un análisis bivalente y multivalente mediante regresión logística.

Resultados: Se analizaron 6.691 muestras, 3.030 del CP1 y 3.661 del CP2. Hubo 65 (0,97%) positivas: 48 (1,58%) del CP1 y 17 (0,46%) del CP2 ($p < 0,001$). La edad media era $34,1 \pm 7,3$ años. El 55,4% era extranjero y el 60% usuario de drogas intravenosas (UDI). La media de linfocitos $CD4+$ era $344 \pm 247/\mu L$. La proporción de extranjeros aumentó progresivamente por periodos anuales (del 45% en 2010 al 75% en 2014; $p < 0,001$).

Los infectados del CP1 eran más jóvenes ($32,4$ vs $39,1$; $p = 0,001$) y con más proporción de extranjeros (68,8% vs 17,6%; $p < 0,001$), de UDI (70,8% vs 29,4%; $p = 0,003$), de DT (56,8% vs 25%; $p = 0,02$) y de IA (47,7% vs 12,5%; $p = 0,01$).

Hubo 48,3% DT y 38,3% casos de IA. En los DT, la media de linfocitos $CD4+$ era $154/\mu L$ (rango: 1-354). Había más DT en el CP1 (56,8 Vs 25%; $p = 0,004$), en extranjeros (64,7 Vs 26,9; $p = 0,04$) y en UDI (60 Vs 32%; $p = 0,03$), pero no había variaciones según edad, HbsAg, VHC y serología de lues. Sólo el ser extranjero se asoció en el análisis multivalente de forma independiente al DT ($p = 0,005$; OR: 4,98, IC=1,63-15,19).

Conclusiones: Las prisiones, sobre todo de preventivos, detectan muchos nuevos casos de infección por VIH. Más de la mitad son UDI y extranjeros, el 48,3% son DT y el 38,3% IA. Los extranjeros presentan cinco veces más DT. Se recomienda continuar ofertando de forma voluntaria el *screening* del VIH a toda la población ingresada e implementar estrategias para reducir la tasa de DT.

Evolución 27 años de la hepatitis B en un Centro Penitenciario

A Bedoya, MJ Leal, N Lleopart, P Martínez-Carpio,
M Álvarez, S Matas, R Fernández

Centre Penitenciari de Joves

El Centro Penitenciario de Jóvenes de Barcelona fue pionero en llevar a cabo un programa sistemático de vacunación anti Hepatitis B dentro de los centros penitenciarios, lo cual proporciona una dilatada experiencia.

Objetivos:

- 1) Describir los datos epidemiológicos en relación a la Hepatitis B de la población reclusa que ha pasado por el centro penitenciario entre los años 1987 y 2013.
- 2) Valorar si el cambio habido en el origen de los internos presenta relación con la infección por hepatitis B.

Material y Métodos: De forma sistemática se han recogido los datos de los internos incluidos en programa de vacunación. El procedimiento se inició con la información al interno, seguido del estudio serológico y posterior vacunación de los internos no inmunizados. A partir del año 2000 se incluyó la serología prevacunal, la determinación HBs Ac, a fin de detectar los inmunizados por vacunación previa.

Resultados: Durante el periodo de tiempo estudiado se han practicado serologías prevacunales a 7.767 internos, de los cuales el 22,7% habían estado infectados por el VHB. De los que habían estado infectados 233 fueron portadores crónicos (13,2%).

La prevalencia de antecedente de infección más alta se registró entre los años de 1987 (57 %) a 1991 en que se mantuvo por encima del 40%. A partir del año 1992 y hasta 1994 se observó un claro y progresivo descenso, A partir de 1995 y hasta 2013 se mantiene en un rango relativamente estable que oscila entre el 17% y el 8,8 %, a excepción de dos repuntes puntuales los años 2001 y 2008.

Los internos inmunizados por vacunación previa, estudiados a partir del año 2000, fueron 1.334, lo cual supuso 52,2 %.

La población de origen extranjero presentó un progresivo y marcado incremento pasando de 12,5 % en 1990 al 79,8 % el 2013, la zona de procedencia más importante fue el norte de África.

Conclusiones: El amplio número de internos no inmunizados, supone que la vacunación sistemática, que se implantó años más tarde en el conjunto de la sociedad, no cubre de manera suficiente a colectivos extranjeros o menos integrados.

1. La proporción de internos HBs Ac + justifica desde el punto de vista de la eficiencia que en nuestro medio se practiquen determinaciones serológicas previas a la vacunación.
2. La llegada masiva de población inmigrante ha sido mayoritariamente de zona de no alta endemia, lo cual no ha supuesto un incremento de internos con antecedente de infección.

Prevalencia e incidencia de infección tuberculosa latente en un Centro Penitenciario

EJ Vera-Remartínez, J García-Guerrero,
Servicio Médico del CP Castellón I

Centro Penitenciario de Castellón I

Fundamento y objetivos: La estancia en prisión es un factor de riesgo para contraer Infección Tuberculosa, pero sabemos poco sobre la magnitud de este problema. Nuestro objetivo es estudiar ese riesgo y valorar si los ingresos primarios tienen más o menos riesgo de infectarse que las personas que ya están en prisión.

Material y Método: Estudio observacional, analítico, longitudinal prospectivo de cohortes realizado en un centro penitenciario. Recogimos el resultado de PPD en todos los presentes a 01-07-2012 y en los que ingresaron hasta 31-12-2012. Los positivos (induración ≥ 5 mm) se consideraron prevalentes y los negativos se dividieron en dos cohortes: ingresos primarios (no expuestos) y resto de ingresos (expuestos). Se repitió la PPD cada seis meses en busca de incidentes, durante 18 meses. Recogimos variables sociodemográficas y clínicas relacionadas con el objetivo del estudio. Análisis estadístico descriptivo de variables cualitativas en forma de frecuencias absolutas y relativas, las cuantitativas mediante medias con intervalos de confianza. Relacionamos variables mediante modelos estadísticos clásicos y de regresión logística binaria, posteriormente multivariante ajustado por edad. Determinamos Riesgos de Infección Tuberculosa Latente (ITL) en ambas cohortes, Riesgo Relativo y Tasa de Incidencia ITL. Se utilizó IBM SPSS v.20. El estudio fue visado por un CEIC acreditado y recibió el correspondiente permiso administrativo para realizarse.

Resultados: La prevalencia global de ITL fue 44,9% (primarios 42,2%) y la tasa de incidencia de ITL al final del seguimiento 0,55 casos / 1.000 internos-año. Tener ITL se asoció a ser: varón OR= 1,909 IC 95% (1,046 a 3,485; $p=0,035$); extranjero OR=2,246 IC 95% (1,371 a 3,610; $p=0,001$); ex-UDI OR= 3,052 IC 95% (1,846 a 5,045; $p<0,0001$) y fumador OR= 1,619 IC 95% (1,073 a 2,441; $p=0,022$). En los no expuestos el riesgo de contraer ITL fue de 7,3 (IC 95%: 3,4 a 13,3) en 6 meses, 11,9 (IC 95%: 6,5 a 19,5) en 12 meses y 12,5% (IC 95%: 6,8 a 20,4) en 18 meses. En los expuestos fue de 10,6 (IC 95%: 6,3 a 16,5), 15,1 (IC 95%: 9,7 a 21,9) y 18,0 (IC 95%: 12,0 a 25,4) respectivamente. El riesgo relativo a 18 meses fue 1,46 (IC 95%: 1,22 a 3,17).

Conclusiones: El riesgo de contraer ITL en prisión es mayor cuanto más tiempo se pasa en ella. Ese riesgo en los recién ingresados tiende a igualarse al de los ya ingresados. La prevalencia de ITL en prisión es alta.

Palabras clave: Tuberculosis Latente; Prevalencia; Incidencia; Riesgo Relativo; Estudios de Cohortes; Prevención Primaria; Prisiones; España.

Valoración de *screening* oportunista de citología cervicovaginales realizado en CP Las Palmas II entre abril de 2012 y abril de 2014

A Delgado-Márquez, CA Yllobre, I Martín-Bello,
A Sánchez-Bernal, MJ Rodríguez-Fernández, M Sosa

Centro Penitenciario Las Palmas II

Objetivo: Analizar eficacia-eficiencia de realizar labor preventiva de cáncer de cérvix uterino en centros penitenciarios.

Material y método: 226 citologías realizadas con triple toma y analizadas por el servicio de Anatomía Patológica del Complejo Universitario Insular-Materno-infantil de Canarias.

Resultados: NORMALES: 116 (51,3%), PATOLÓGICAS: 42 (18,5%).

21 citologías (9,29%) han sido informadas como ASCUS procediéndose posteriormente a realizar toma de hibridación Papiloma Virus Humano siendo positivo para subtipos de alto riesgo oncogénico en 20 ocasiones (95,9%).

3 Citologías informadas como AGUS (1,3% del total y 2,5% de las patológicas).

8 citologías fueron informadas como Lesión Intraepitelial de Bajo Grado (3,5% del total y 6,9% de las patológicas) procediéndose posteriormente a realizar toma de hibridación de Papiloma Virus Humano siendo positivo para subtipos de alto riesgo oncogénico en 20 ocasiones (95,9%).

8 citologías fueron informadas como Lesión Intraepitelial de Alto Grado (3,5% del total y 6,9% de las patológicas).

3 Citologías fueron informadas como Neoplasia Intraepitelial de Alto grado (CIN III) Grado (1,3% del total y 2,5% de las patológicas).

Las pacientes con citologías alto grado o LIP-ASCUS con captura + son remitidas a la unidad de Patología del Tracto Genital Inferior del Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias.

2 citologías han sido informadas como carcinoma epidermoide.

OTROS DIAGNOSTICOS: 68.

32 citologías informadas no valorables por oscurecimiento de muestra por inflamación intensa.

24 Trichomonas.

12: Vaginosis-Gardnerella-Otras.

Conclusiones: La tasa de resultados supera ampliamente las cifras patológicas comparadas con otros estudios realizados entre la población general.*

La realización de *screening* citológico rutinario está plenamente justificado entre la población reclusa ya que puede ser una oportunidad única para que estas usuarias accedan a esta prestación al mismo tiempo que para prevenir I.T.S. y embarazos no deseados.

Queda justificado sobradamente la utilidad de promover y estimular esta práctica de salud entre la población de los centros penitenciarios.

Es eficiente contar con profesionales sanitarios que realicen esta práctica en los centros evitando desplazamientos y consultas sanitarias innecesarias.

* Prevalencia de la infección cervical por el virus de papiloma humano en la población femenina de Gran Canaria. Estudio poblacional.

M Andújar: Servicio de Anatomía Patológica y Unidad de Apoyo a la Investigación. Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias: En toda la población se ha detectado un 11,4% de positividad.

Prevalencia de hepatitis C en el C.P. Madrid 2

MR Moreno

Centro Penitenciario Madrid 2

Objetivo:

1. Conocer la prevalencia de internos que tienen hepatopatía crónica por VHC y cuáles tienen además coinfección con el VIH.
2. Conocer el porcentaje de internos que son españoles y extranjeros, y cuántos tienen tratamiento con metadona y/o psicotrópicos.
3. Conocer la prevalencia de genotipos del virus así como la PCR-VHC y los datos del FIBROSCAN.
4. Evaluar el porcentaje de internos que reciben o han recibido tratamiento y la respuesta que han tenido, así como los que no han recibido tratamiento.

Métodos: Se realiza un corte transversal en el mes de Junio de 2014 y se recogen los datos de todos los internos que han sido diagnosticados de hepatopatía crónica por VHC.

Resultados: De los 753 internos del Centro, 60 (8%) tienen un resultado positivo en el estudio serológico. De ellos 40 (66,7%) son monoinfectados y 20 (33,3%) coinfectados, 55 (91,7%) son españoles y 6 (8,3%) extranjeros con distintas nacionalidades (1 rumano, 1 marroquí, 2 portugueses, 1 ucraniano y 1 búlgaro). Con respecto al genotipo del virus nos encontramos 1a en 15 (25%), 1b en 9 (15%), 2 en 1 (1,7%), 3a en 5 (8,3%), 4 en 6 (10%) y en 1 caso encontramos genotipo 1b+4 (1,7%). En 5 casos (8,3%) se habían curado de forma espontánea y no hay datos en 18 casos (30%). Respecto a la carga viral contabilizamos 23 (38,3%) con CV >600.000 UI/ml, 13 (21,7%) con CV < 600.000 UI/ml, 5 (8,3%) con CV <15 UI/ml, 6 (10%) con CV indetectable por RVS y 13 (21,7%) sin datos por estar en estudio pendiente de resultados. Actualmente 19 (31,6%) toman metadona y 41 (68,4%) no la toman. De los que estaban tomando tratamiento psiquiátrico, 43 (71,6%) con 2 o más fármacos (ansiolíticos, antidepresivos, hipnóticos) y 17 (28,4%) con un solo fármaco (ansiolítico). De los datos del FIBROSCAN tenemos Fo-1 en 17 (28,4%), F2 en 8 (13,3%), F3 en 8 (13,3%), F4 en 7 (11,6%) y no hay datos o no se le ha realizado a 20 (33,4%). De los coinfectados 17 (85%) están con TARGA y 3 (15%) no tienen TAR. Respecto al tratamiento del virus de la Hepatitis C, 4 (6,7%) están actualmente en tratamiento, 6 (10%) han realizado tratamiento y tienen RVS, 5 (8,3%) han realizado tratamiento y no tienen RVS, 10 (16,7%) están pendientes de iniciar tratamiento, 5 (8,3%) no necesitan tratamiento por estar curados de forma espontánea, 4 (6,7%) no pueden realizar tratamiento y 26 (43,3%) no quieren realizar tratamiento.

Conclusiones:

1. La prevalencia del VHC es del 8%, de los cuales 1/3 lo está también por el VIH.
2. El 90% son españoles, un 70% tienen tratamiento psiquiátrico con dos o más fármacos y un 30% toma metadona.
3. El genotipo más prevalente es el 1 (45%) y es destacable que no hay datos en el 30%. La mayoría con F0-1 y 11% un F4. La mayoría también tiene cargas virales elevadas, el 40%.
4. El porcentaje de internos en tratamiento es 6,7%, y casi un 20% están curados. Un 43% no quiere realizar tratamiento.

Tuberculosis en el periodo 2006-2012 en prisiones de Cataluña

A Marco, V Humet¹, M Escribano, RA Guerrero¹

Centro Penitenciario de Hombres de Barcelona. Área de Sanidad del Departamento de Justicia¹.
Generalitat de Catalunya

Objetivo: Describir los casos de tuberculosis (TB) y su tendencia en el periodo 2006-2012.

Material y Métodos: Se estudiaron los casos de TB detectados en prisiones de Cataluña en el periodo 2006-2012. Se recogieron variables epidemiológicas, penitenciarias, clínicas y microbiológicas. Las variables se expresan en medias o medianas según tuvieran o no una distribución normal. Se calculó la tasa de TB (número de casos/población penitenciaria año por 10⁵) y la tendencia por periodos anuales. Los datos poblacionales se obtuvieron de los descriptores estadísticos de Servicios Penitenciarios. Las diferencias entre grupos se exploraron mediante pruebas t para datos independientes con las variables continuas y pruebas χ^2 para las variables discretas. Se realizó un análisis bivalente y multivalente mediante regresión logística binaria.

Resultados: Se notificaron 158 casos de TB para una población de 115.943 internos diferentes: tasa de 136,27 por 10⁵. La edad media era de 36,8 ± 9,5 años. El 96,2% era hombre, el 51,3% español, el 34,8% infectado por VIH y el 86,7% presentó TB pleural y/o pulmonar. El 72,8% curó y el 27,2% fue excarcelado cuando estaba en tratamiento. No hubo ningún fallecido.

La tasa de TB disminuyó del 142,1 por 10⁵ en 2006 a 119,4 por 10⁵ en 2012, pero se ha mantenido estable en los últimos 4 años. Han disminuido los casos en infectados por VIH (45% en 2006 y 26,3% en 2012; p<0,001), pero han aumentado en inmigrantes (40% en 2006 y 75% en 2012; p<0,001). En el análisis multivalente, las variables asociadas a ser inmigrante fueron; a) ser más joven (33,7 vs 40 años, p=0,002; OR: 0,93, IC=0,89-0,97); b) ser diagnosticado en un centro de preventivos (58,4% vs 41,6%, p=0,04; OR: 2,34, IC=1,02-5,38); c) ser diagnosticado en el periodo 2009-2012 (71,4% vs 28,6%, p<0,001; OR: 7,26, IC=3,15-16,68); y d) estar menos infectado por VIH (20,4% vs 79,6%, p<0,001; OR: 5,29, IC=2,16-12,94).

Conclusión: La tasa de TB en presos ha disminuido en el periodo 2006-2012, pero se ha mantenido estable en el último cuatrenio. En 2011, era 6,2 veces superior a la de Cataluña¹. Actualmente, más del 25% de los casos en presos son infectados por VIH y el 75% extranjeros. Se recomienda mantener el despistaje de TB en toda la población encarcelada y especialmente en inmigrantes e infectados por VIH.

Palabras clave: Tuberculosis; Prisiones; Incidencia; VIH; Emigración e inmigración.

1. Tasa de incidencia de tuberculosis en 2011. En: Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña. Disponible en: www20.gencat.cat (acceso el 7 de julio 2014).

Persistencia anormal de *Mycobacterium tuberculosis* en esputo. Caso clínico

J García-Guerrero¹, EJ Vera-Remartínez^{1y2}, B Gomila², S Rincón¹,
M Planelles¹, D Sánchez-Alcón¹, R Araújo¹, R Lázaro-Monje¹, R Clavo-García¹,
S Granero¹, P Serrano¹, M Jiménez-Pérez¹, J Maicas¹

Servicios Médicos del Centro Penitenciario de Castellón I¹,
Servicio de Microbiología Clínica. Hospital General Universitario de Castellón²

Fundamento y Objetivo: Se piensa que con dos-tres semanas de tratamiento correcto los bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR) aislados en esputos dejan de ser viables, pero ese tiempo es muy variable y se debe demostrar la esterilidad del esputo antes de permitir a un paciente bacilífero la libre deambulaci3n^{1,2}.

Material y M3todo: Se presenta un caso de persistencia anormal de BAAR viables en esputo, en un paciente correctamente tratado.

Caso cl3nico: Paciente de 52 a3os; exUDI, VIH estadío A3, CD4 nadir 167 cels/ μ l (marzo-2012). TARV con Darunavir 800+Maraviroc 600. Quimioprofilaxis anti-TBC con Isoniacida (INH) durante seis meses en 2011. Infecci3n VHC tratado siete meses en 2013 que abandon3 por intolerancia. Desde mediados de diciembre de 2013 refiere tos irritativa, astenia y adelgazamiento (3-4 kg). El 05-02-2014 se nos comunica baciloscopia de esputo positiva (tinci3n de auramina), BAAR (+++). Tras 6 d3as de incubaci3n, se informa que en el medio de cultivo l3quido MGIT, se aislan micobacterias identificadas como *M. tuberculosis complex*.

Medidas: Cambio TARV a Tenofovir+Emtricitabina+Efavirenz; aislamiento respiratorio; inicia tratamiento con INH+RH+PRZ+ETH (Rimstar®) dos meses en r3gimen TDO estricto y luego INH+RF (Rifinah®) siete meses m3s, tambi3n TDO; estudios de sensibilidad realizados el 05-02-2014 y 30-04-2014: *M. tuberculosis* sensible a INH, RH, PRZ, ETH y STR ambas veces. Control mediante tres esputos seriados semanales con cultivo subsiguiente en medio l3quido (MGIT) y s3lido (L3ewenstein-Jensen). No se dispone de estudios de imagen al inicio del cuadro. TAC tor3cico 20-05-2014: patr3n miliar bilateral con cavitaciones m3ltiples en ambos campos pulmonares.

Evoluci3n: dos semanas de tratamiento: asintom3tico; cuatro semanas de tratamiento: recuperaci3n ponderal. Tras 150 d3as de correcto tratamiento persisten BAAR (+) en esputo y no ha habido tres esputos con baciloscopia negativa, indicados para poder levantar el aislamiento respiratorio del paciente²; adem3s, estos bacilos fueron viables hasta varios meses despu3s de iniciado el tratamiento, ya que se identific3 *M. tuberculosis* en cultivo hasta el 29-05-2014.

Conclusiones: Hay circunstancias como la cavitaci3n que pueden alargar mucho el per3odo de esterilizaci3n del esputo de un paciente bacilífero. Esto debe ser tenido en cuenta antes de permitir a un paciente hacer vida normal en un medio cerrado como la prisi3n, donde la transmisibilidad de *M. tuberculosis* es alta.

Palabras clave: *Mycobacterium tuberculosis*; Esputo; Prisiones; Esterilizaci3n.

Bibliograf3a:

- Centers of Disease Control and Prevention. Prevention and Control of Tuberculosis in Correctional Facilities MMWR 1996; 45 (RR 8): 1-34.
- Gonz3lez-Mart3n J, Garc3a-Garc3a JM, An3barro L et al. Documento de consenso sobre diagn3stico, tratamiento y prevenci3n de la tuberculosis. Enferm Infecc Microbiol Clin 2010; 28(5): 297.e1-297.e20.

Conversion de la prueba tuberculínica en un Centro Penitenciario

F Ruiz-Rodríguez, C Álvarez-Vigil, JJ Antón

Centro Penitenciario de Albolote

Objetivo: Conocer qué variables demográficas y epidemiológicas pudieron influir en los internos que positivizaron la prueba tuberculínica (PT) en un año durante su permanencia en el centro penitenciario (CP).

Método: Estudio observacional, longitudinal retrospectivo; se recogen 21 variables epidemiológicas y demográficas de todos los convertidores de la PT entre el 25-5-2013 y el 25-5-2014, en este periodo se pusieron en el centro 1527 tuberculinas, de los que 791 estudios fueron repetidos y 57 de estos fueron positivos (+) (tasa de conversión del 7,2%), de los 57 casos se recuperaron los datos de 42 (73,68%). Se considera PT+ si diámetro de la induración es ≥ 5 mm. Los resultados de datos estadísticos se calcularon mediante el paquete G-Stat 2.0.

Resultados: De los 42 estudiados 38 (90,48%) eran hombres, 4 (9,52%) mujeres; edad media de 39,4 años (rango 21-70, moda 29); 34 (80,95%) españoles y 8 (19,05) extranjeros (2 marroquies, 2 rumanos, 2 dominicanos, 1 venezolano y 1 guineano). 21 (50%) ingresaron por 1ª vez en prisión hacía menos de 5 años. Llegaron procedentes de libertad 19 (45,24%) y 23 (54,76%) de conducción. Solo en 2 casos (4,76%) había constancia de haber sido conviviente con tuberculoso activo y el mismo nº de casos de diabéticos, de alcohólicos y de infectados por el VIH. Referían ser consumidores habituales de drogas el 33,33%(14 casos). 28 casos (66,66%) habían entrado por 1ª vez en prisión hacía menos de 10 años. 32 (76,19%) habían estado de conducción en otra prisión en alguna ocasión.

Discusión: La tasa de conversión observada es baja. De los datos obtenidos se aprecia que las variables asociadas a la conversión de la PT en la población estudiada son el hecho de haber entrado por 1ª vez en prisión en los últimos 10 años y el haber estado de conducción en otras prisiones, pero al ser un estudio puramente observacional de los convertidores, sin haber incluido datos de los pacientes que no convirtieron, no se ha podido hacer un análisis estadístico comparativo que hubiera aportado datos de más valor.

Respuesta virológica e inmunológica en pacientes HIV positivos en situación de encierro (cohorte de pacientes vulnerables)

JJ Ricart, D Ameri, J Caillava, J Padín, C Rondeau, JL Francos

Hospital Penitenciario Central 1, Ezeiza, Argentina

Introducción: Según publicaciones del Ministerio de Salud de la Argentina, los pacientes HIV positivos bajo HAART presentan controles de carga viral indetectable en el 70,5% de los casos, considerando exclusivamente los pacientes que tienen carga viral realizada luego de 6 meses de inicio del TARV. Existen escasos reportes de respuesta al HAART de población vulnerable en nuestro medio, especialmente en los pacientes en situación de encierro.

Objetivos: Describir la respuesta virológica e inmunológica de una cohorte de pacientes en situación de encierro. Enumerar los esquemas antirretrovirales más utilizados en esa población.

Material y Método: Se seleccionaron para análisis las historias clínicas de los internos atendidos por el Servicio de Infectología entre los meses de enero a julio del 2013. El seguimiento y tratamiento de los mismos se lleva a cabo en concordancia con guías nacionales e internacionales de tratamiento de HIV/SIDA. La evaluación clínica se realiza en forma sistemática una vez al mes, donde se refuerza adherencia y se entrega el HAART por lapso de 30 días. A partir de los registros clínicos se recabó información de CD4, carga viral, edad, sexo, tiempo de tratamiento en situación de encierro y esquema antirretroviral.

Resultados: N = 88 pacientes. Sexo masculino 100%. Edad promedio 35 años (min 22 años y max 63 años) Todos los pacientes tenían al menos una determinación de CD4 y carga viral en el período de estudio. Un 36% de los pacientes tenían dos o más controles de laboratorio en lapso de 6 meses. El 83% de los pacientes tiene indicado tratamiento antirretroviral. El 67% de los internos utiliza en el esquema no-nucleósidos (38 EFV y 11 NVP). El 33% restante utiliza IP (10 Lopin/rito, 7 Ataz/rito, 4 Fosampren/rito, 2 Saquinavir/rit). Los nucleósidos más utilizados son la co-formulación de 3TC-AZT (42), seguida por la co-formulación FTC-TDF (11). Dentro de las drogas restringidas para fallo múltiple hay indicados 1 RAL, 1 Etravirina, 1 Darunavir. El promedio de meses bajo tratamiento en privación de libertad en la cohorte en estudio es de 10 meses (rango 1-36 meses). El promedio de CD4 es de 472 células (r 5-1290) independientemente de si se encuentran o no bajo tratamiento ARV. De los pacientes bajo tratamiento ARV indicado por más de 6 meses (n=40) la carga viral es indetectable (menor a 50 copias/ml) en el 77,5 % de ellos.

Conclusión: En esta cohorte de pacientes vulnerables, los esquemas más utilizados para el tratamiento son similares a los utilizados en el ámbito público para primera línea. Según los datos presentados, la población descripta presenta mayor tasa de respuesta virológica en comparación con el promedio nacional del ámbito público. Es esencial para lograr altas tasas de indetectabilidad, el refuerzo permanente sobre la adherencia, la entrega a tiempo de la medicación y la consulta frecuente con el médico infectólogo.

Expansión del testeo voluntario para HIV y sífilis en personas privadas de la libertad en el marco del día mundial de lucha contra el HIV/SIDA años 2012-2013

JJ Ricart, C Alonso, J Caillava, J Padín, C Rondeau, JL Francos

Hospital Penitenciario Central 1, Ezeiza, Argentina

Introducción: Las personas privadas de la libertad tienen mayor riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, entre ellas sífilis y HIV en comparación con la población general. En nuestro país la epidemiología de estas enfermedades en situación de encierro ha sido poco estudiada. Con el fin de conmemorar el día internacional de la lucha contra el HIV/SIDA, acercando y expandiendo el diagnóstico a esta población se llevó a cabo un testeo voluntario en personas privadas de la libertad.

Objetivos: Describir la prevalencia de serología positiva para HIV. Describir la prevalencia de serología positiva para sífilis.

Material y Método: Durante los meses de diciembre 2012 y diciembre 2013 con motivo de la conmemoración del día mundial de la lucha contra el SIDA se llevó a cabo extracciones de sangre a aquellas personas privadas de su libertad que lo requirieran, ofreciendo folletería y consejo pre y post test en cada una de las entrevistas. Asimismo se ofrecían gratuitamente preservativos. Dichas extracciones se sumaron a las realizadas y ofrecidas a todos los internos en los módulos de alojamiento. A todos los internos que participaron se les realizó serología para sífilis y serología para HIV. Los métodos utilizados fueron VDRL y Elisa/W. Blot respectivamente. Resultados: N = 106 pacientes. Sexo masculino 100%. VDRL positivas 0/106 (0%). Serología para HIV con Elisa y W Blot positivos 2/106 (1.8%).

Conclusión: A pesar de contar con una muestra pequeña, la intervención realizada en el marco del día de la lucha contra el SIDA tanto durante el año 2012 como en el 2013 permitió diagnosticar a 2 internos con HIV que desconocían su diagnóstico. La prevalencia en esta población fue mayor a la población general, no encontrándose casos de sífilis activas en el grupo estudiado.

Características clínico epidemiológicas de la infección por hepatitis C en personas privadas de su libertad en Argentina

JL Francos, D Ameri, J Caillava, J Padín, C Rondeau, JJ Ricart

Hospital Penitenciario Central 1, Ezeiza, Argentina

Introducción: De acuerdo a diversos reportes internacionales hasta un tercio de las personas privadas de su libertad presentan serología para HCV positiva. No hay a la fecha estudios epidemiológicos en nuestro medio en esta población vulnerable.

Objetivos: Describir las características clínico epidemiológicas de internos infectados con virus de la hepatitis C en un Complejo Penitenciario Federal de máxima seguridad.

Material y Método: De una cohorte de pacientes en situación de encierro en seguimiento, se seleccionaron consecutivamente para análisis las historias clínicas de los internos asistidos entre los meses de enero a diciembre del 2013 por el Servicio de Infectología. Se recolectaron datos epidemiológicos, serológicos, de biopsias hepáticas realizadas y tratamientos recibidos en referencia a las coinfecciones virales.

Resultados: Pacientes evaluados con serología positiva para HCV: 68p (23 mono infectados y 45 coinfectados con HIV). Sexo: 100% masculino. Edad promedio: 38 años. De 19 pacientes extranjeros el 47% eran de origen español. La PCR HCV se realizó en 42 pacientes (16 p con resultado no detectable). El genotipo más frecuente es el 1, seguido por el 3 y 4. Siete internos eran, además, portadores crónicos de HBs Ag. La biopsia hepática se realizó en 16 pacientes siendo el resultado más frecuente el METAVIR F0-F1. Se detectó un caso de hepatocarcinoma. El tratamiento para hepatitis C fue completado en 11 pacientes (todos con Peg interferón-ribavirina), 6 de ellos presentan respuesta viral sostenida (RVS).

Conclusión: La mono infección con HCV y la coinfección HCV/HIV son un problema de salud emergente en la población carcelaria argentina. Los internos tienen acceso al diagnóstico y tratamiento de esta patología con RVS similares a reportes internacionales. La mayoría de los infectados por HCV son coinfectados con HIV.

Estudio sobre riesgo cardiovascular y diferentes biomarcadores plasmáticos en una población con infección por VIH-1 y por VHC en medio penitenciario

JP Golf¹, S Vila¹, N Pérez-Álvarez², P Sardà¹, C Gallego¹, E Negrodo²

Centro Penitenciario Quatre Camins, La Roca del Vallès, Barcelona¹; Fundació Lluita contra la SIDA, Badalona²

Introducción y objetivos: El cálculo del riesgo cardiovascular (RCV) se realiza frecuentemente con escalas que miden factores clásicos utilizados en la población general. Sin embargo, el papel de la inflamación crónica no queda bien reflejado a través de éstos.

Nuestro objetivo fue estudiar algunos biomarcadores plasmáticos relacionados con el estrés oxidativo y disfunción del endotelio vascular en pacientes infectados por VIH-1 y por VHC y compararlos con su RCV.

Métodos: Estudio descriptivo de corte transversal realizado sobre una muestra de población masculina de 176 pacientes, reclusos, infectados por el VIH-1 y/o por el VHC con VHC-RNA detectable, o por ninguno de ellos.

Para cada paciente se calculó el RCV según escala de Framingham, recogiendo también los siguientes datos: proteína C reactiva (PCR)[4], vitamina D[1,2,3], fosfato sérico [5,6], y fosfatasa alcalina [7].

Se compararon las variables utilizando χ^2 y Mann Whitney para variables categóricas y continuas respectivamente. Para determinar variables asociadas se realizó un análisis multivariante mediante la regresión logística.

El p valor considerado significativo fue $p < 0,05$ utilizando tests bilaterales.

Resultados: La edad media fue 41,4 años. 21 (11,9%) presentaban infección únicamente por VIH-1, 18 (10,2%) estaban infectados solo por el VHC y 52 (29,5%) estaban coinfectados. 85 (48,2%) de ellos no presentaron ninguna de las dos infecciones. En los infectados por VIH-1, la media de la cifra de CD4 fue 490 (308-684) céls/ μ L.

Los pacientes infectados por VIH-1 presentaron cifras más bajas de vitamina D ($p < 0,004$) y de fosfato sérico ($p < 0,045$) y cifras más altas de FA ($p = 0,001$) respecto a no infectados, con diferencias estadísticamente significativas.

RCV y PCR no presentaron diferencia significativa entre ellos.

Los pacientes con infección al VHC presentaron valores más altos con diferencias significativas en la FA ($p = 0,001$) que los no infectados.

Los coinfectados presentaron también diferencias significativas en la FA ($p = 0,001$), una tendencia a la baja en el fosfato sérico, y disminución de la vitamina D pero que no fueron significativas.

Presentaron una vitamina D > 30 mg/ml un 13% y < 20 un 62% de los pacientes infectados por VIH-1.

Conclusiones: Los pacientes infectados por VIH-1 presentan niveles más bajos de vitamina D y de fosfato sérico que los pacientes no infectados.

Casi dos tercios (62%) de los pacientes infectados presentan déficit de vitamina D.

En la infección por VIH y por VHC existe una elevación de FA.

Estar infectado por VIH y/o VHC no supone un aumento del RCV respecto a no estarlo cuando este se calcula mediante la escala de Framingham.

Palabras clave: VIH; VHC; Enfermedades cardiovasculares; Prisiones; Biomarcadores plasmáticos.

Sintomatología ansiosa y depresiva en la población infectada por el VIH-1 de cuatro centros penitenciarios catalanes

JP Golf¹, P Sarda¹, Grupo de Estudio VIH/HAD

Servicios Médicos de los Centros Penitenciarios de Quatre Camins¹, Ponent², Brians³, y Hombres⁴

Introducción y Objetivos: La prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva es importante en los pacientes VIH+ debido a la misma infección y su cronicidad.

La privación de libertad del medio penitenciario puede aumentar estos síntomas.

Nuestro objetivo es analizar la prevalencia de estados de depresión y ansiedad en los pacientes reclusos seropositivos no psiquiátricos.

Método: Estudio descriptivo multicéntrico de un corte transversal del 1/04/2014 en población infectada por VIH-1 de los centros Quatre Camins, Homes y Brians 2 de Barcelona, y Ponent de Lleida.

En una entrevista con cada paciente se cumplimentó el cuestionario de autoevaluación Escala HDA de Depresión y Ansiedad Zigmong y Snaith.

Estratificamos a los pacientes según presencia de sintomatología: nula, dudosa y considerada un problema clínico.

Se recogieron también de la historia clínica otras variables que podían influir en presentar sintomatología: diagnóstico de patología psiquiátrica, tratamiento psicotrópico, tratamiento con metadona, año de diagnóstico VIH, cifra CD4, carga viral, tratamiento antirretroviral (TAR) / año de inicio, coinfección por VHC y tratamiento.

Resultados: De 338 internos incluidos, 28 rechazaron o no estuvieron disponibles.

La media de edad fue de 43 años.

De 310, 140 (45%) pacientes presentaron alguna sintomatología ansiosa o depresiva considerada como problema clínico (SAC o SDC).

Hubo 125 casos (40,4%) con SAC, 65 (21%) con SDC y 50 (16%) con ambas a la vez (SAC+SDC). En estos tres grupos, entre un 66% y un 69% de los pacientes no tenían ningún diagnóstico de patología psiquiátrica.

La infección databa de >20 años en 47% de los que presentaron SAC, en 54% de los que presentaron SDC y en 50 % de los que presentaron ambas (SAC+SDC).

Los pacientes con tratamiento ansiolítico fueron el 78-79% de cada grupo. Solamente 43 % de los que presentaron SDC tomaban tratamiento antidepresivo.

60% de los pacientes con SDC y 54 % con SAC+SDC llevaban >10 años con TAR.

La presencia de SAC o SDC fue igual entre los que presentaron carga viral detectable o indetectable, y entre los que tenían cifras altas o bajas de CD4.

La ausencia de sintomatología fue más frecuente (43%) en aquellos pacientes que no tomaban metadona.

Conclusiones: Casi la mitad de los pacientes infectados por el VIH presentan sintomatología ansiosa o depresiva considerada como un problema clínico pero dos terceras partes de estos no están diagnosticados.

Los pacientes con sintomatología depresiva están infratratados.

Los pacientes con mayor tiempo de infección y de TAR presentan más este tipo de sintomatologías.

El tratamiento con metadona podría asociarse con mayor presencia de estas.

Palabras clave: Ansiedad; Depresión; VIH; Prisiones.

Prueba de la tuberculina en dos módulos de mujeres

F Ruiz-Rodríguez, J Pérez-García, JJ Antón, FJ Herrera-Jaimez

Centro Penitenciario de Albolote

Objetivo: Conocer la situación de la prueba de la tuberculina (PT) en dos módulos de mujeres y evaluar la posible influencia en esta de variables demográficas y factores de riesgo para la enfermedad tuberculosa (ET): VIH, drogadicción, convivir con tuberculoso, alcoholismo y diabetes.

Método: Estudio observacional, transversal, incluye las 158 internas que habían en ambos módulos el 06/07/14. Datos obtenidos de la ficha del programa de tuberculosis y de historia clínica. PT0 + si ≥ 5 mm independientemente de antecedentes de BCG. Análisis estadístico mediante el paquete G-Stat 2.0.1. Para el cálculo de la p (significación estadística si = 0 < de 0,05) se aplicó el test de la χ^2 .

Resultados: Cobertura de PT 99,36% (157 internas), media de edad de 38,79 años (21-70); 129 (82,17%) españolas, 28 (17,83%) extranjeras; VIH 17 (10,83%); primer ingreso 72 (45,86%) y 113 (71,97%) procedían de otras prisiones; consumidoras de drogas 62 (39,49%); diabéticas 7 (4,46%), alcohólicas 2 (1,27%). PT+ 69 (43,94%) (media 15,59 mm, rango 6-36) de las que 14 (20,28%), el 8,91% del total, eran convertoras. La edad no se asoció estadísticamente con la PT+ ($p=0,13$), pero al agruparla por tramos (de 21 a 49 y mayores de 49) había diferencias estadísticamente significativas en el 2º grupo ($p=0,0017$, RR=3,61 IC.95%). El ser reingreso aumentaba la probabilidad para la PT+ ($p=0,0019$, RR=1,57, IC.95%). Sin diferencias significativas entre españolas o de otras nacionalidades ($p=0,25$) o llegaron de otro centro o de libertad aunque en este caso se aproximaba a la significación la PT+ de las provenientes de otros centros ($p=0,056$). En las 4 que se documentó BGC había significación estadística para PT+ ($p=0,02$, RR=11,44 IC.95%). Aunque el haber convivido con tuberculoso activo no era estadísticamente significativo ($p=0,42$) sí suponía un incremento de riesgo (RR=2,55 IC.95%). No influyeron en tener PT+ ninguno de los factores de riesgo para ET analizados.

78 (49,68%) tenían registradas dos o más PT convirtiendo 14 (17,94 %); conversión que no se relacionó, ni agrupando, con la edad, ni con el año del ingreso actual, ni con ser un reingreso, tampoco si procedía de conducción ni con ninguno de los factores de riesgo estudiados. El tiempo entre las 2 últimas PT estaba relacionado con la PT+ cuando era superior a 12 meses ($p<0,0001$), así como el origen no español ($p=0,01$, RR=3,26 IC.95%).

Conclusiones: En la población estudiada.

1. La PT+ es más frecuente en mayores de 49 años y en reingresos.
2. Las conversión tuberculínica fue significativamente más frecuente cuando la PT se realizaba tras más de 12 meses de la anterior, lo que puede significar que se da más en centros donde no se cumplimenta bien el programa de detección control de la TB, y en internas extranjeras.
3. El haber convivido con un paciente con ET multiplicaba por 2 el riesgo de PT+ aunque ninguno de los factores de riesgo de ET estudiados influyó de forma significativa en el resultado de la PT.

Situación clínica de los pacientes con HBs Ag + estudiados en el CP Fontcalent en el periodo 2005 a 2014

P Saiz de la Hoya, M Bedia, T Martín, C Juan

Centro Penitenciario Fontcalent (Alicante)

Objetivo: Estudiar las características clínicas de los pacientes HBs Ag positivo, detectados durante los años 2005 a 2014 y remitidos al Programa VIH/Hepatitis.

Métodos: Detectados 116 pacientes con serología HBsAg+. Se estudia edad, sexo, nacionalidad, etnia, año de ingreso en prisión y serología de VIH, VHC y básica de VHB. El estudio se pudo completar en 74 pacientes, en los que se determinó HBeAg y Ac, HDAc, CV_VIH y CD4 si procedía, PCR de VHD si procedía, AST y ALT, así como ADN de VHB y situación terapéutica.

Resultados: 116 pacientes HBS Ag +; 88,8% ♂; Edad media: 34,7 años (DT:8,9) en el momento del estudio; Nacionalidad: 43,1% españoles, 19% rumanos, 9,5% magrebíes, 8,6% Europa del este, 7,8% África subsahariana; 6,9% Balcanes, 5,1% otros; Etnia o raza: 58,6% caucasianos, 20,7% gitanos, 10,3% árabes, 8,6% negros, 1,7% chinos. La mediana del año del primer ingreso en prisión fue del año 2008 (P25/75: 2000/2010). Serología de VIH+ (n=115): 17 (14,8%); Serología de VHC+ (n=115): 32 (27,6%), de estos se realizó PCR de VHC en 25, resultando positiva en 9 (36%), siendo en 8 casos el paciente VIH +. En tratamiento en el momento del estudio 10 pacientes (todos VIH+).

Se pudo completar el estudio en 74 pacientes: HBe Ag+ (n=70): 5 (6,6%); HD+ (n=62): 9 (11,8%), VIH+:11 (14,5%) con media de 360 CD4 (DT:185) y mediana de CV VIH: 107 copias/mL (P25/75 :0/3572); VHC+: 19 (25,7%), PCR VHC+ (n=17): 5 (26,3%) de ellos 4 eran VIH+; Mediana de AST: 24UI/mL (P25/75: 20/41; Mediana ALT: 28UI/mL (P25/75: 20/55); Mediana de CV_VHB: 897UI/mL (P25/75: 37/9088); CV_VHB >2000UI/mL (n=76): 30 (39,5%). Mediana de Fibroscan (n=40): 6,4KPa (P25/75:5,6/6,4) con 5 pacientes con Fibroscan>>9KPa. De los 11 pacientes VIH+, 6 presentaban CV VIH y VHB indetectable los únicos 6 pacientes estaban en tratamiento al iniciarse el estudio.

Se prescribió tratamiento a 18 pacientes (12 sin coinfección VIH, 5 VIH+ y a uno por Hepatitis Delta).

Conclusiones: La Hepatitis B está infradiagnosticada e infratratada. Destaca la elevada proporción de población infectada extranjera, y dentro de la española la elevada proporción de población gitana. Hay una baja proporción de pacientes con HBeAg+ (6,6%), y más alta de coinfección con HD (11,8%), VIH (14,5%) y VHC (25,7%) aunque de estos sólo un paciente no coinfectado por el VIH presentaba PCR_VHC+. El 39,5% presenta CV_VHB >2000UI/mL (criterio de tratamiento), y pocos pacientes (6,8%) presentaban fibrosis Grado 3-4, aunque la población infectada es relativamente joven (34,7 años).

Prevalencia de genotipos de interleucina 28B en población penitenciaria

P Saiz de la Hoya, M Bedia, T Martín

Centro Penitenciario Fontcalent (Alicante)

Objetivo: El gen IL28B codifica la interleucina 28, también conocido como interferón (IFN) lambda tipo III (IFN-lambda-3). La IL28B es un mensajero químico de las reacciones inmunológicas que presenta actividad antiviral. La presencia de dos nucleótidos C/C en el locus del polimorfismo rs12979860 de la interleucina 28B, se correlaciona un mayor aclaramiento viral espontáneo del virus de la hepatitis C (VHC) y con una mejor respuesta al tratamiento con Interferón y Ribavirina.

Nuestro objetivo es determinar la prevalencia en la población penitenciaria de Alicante del genotipo C/C.

Métodos: Se analizan todas las determinaciones de IL28B realizadas en el centro Penitenciario de Alicante 1 (Fontcalent). Se ha recogido como variables descriptivas el sexo, la nacionalidad, la etnia, la serología de VIH, el genotipo de VHC y el resultado de la elastografía.

Resultados: Se ha determinado la IL28B a 118 pacientes. 92,4% ♂; Nacionalidad: 15 (89%) españoles; Etnia o raza: 98 (83,1%) caucasianos, 18 (15,3%) gitanos, 2 (1,7%) árabes; Práctica de riesgo: UDI: 100 (84,7%), Otras: 5 (4,2%), Ninguna o desconocida: 13 (11%). Serología de VIH+ (n=113): 60 (50,8%); Genotipos: 1: 17 (14,4%); 1^a: 62 (52,5%), 1b: 28 (23,7%) y 4: 11 (9,3%). Mediana de resultado del fibroscan (n=98): 7,8 KPa (Percentiles 25/75: 6,1/10,9).

La prevalencia de genotipos fue de IL28B es: IL28B CC: 53 (44,9%), CT: 53 (44,9%), TT: 12 (10,2%).

El genotipo de IL28B CC no se asocia de una manera estadísticamente significativa con ninguna variable estudiada.

Conclusiones: La prevalencia del genotipo CC de la IL28B es del 44,9%, proporción similar a la encontrada en población europea.

Determinación de la situación inmunológica frente al sarampión, rubéola, parotiditis, varicela y hepatitis A en población penitenciaria

P Saiz de la Hoya, M Bedia, B Gómez, T Martín

Centro Penitenciario Fontcalent (Alicante)

Objetivo: Ante la reaparición de casos de sarampión y otras enfermedades víricas en Alicante, y el riesgo de estas enfermedades en recintos cerrados, se decidió la determinación serológica de la Ig G de sarampión, rubéola, parotiditis y varicela, a pacientes nacidos con posterioridad a 1960, con el fin de poder tomar decisiones sobre si es necesario revacunar a toda la población penitenciaria, hacerlo con un subgrupo especial, o individualizar la decisión.

Métodos: Solo se pudo analizar a 216 pacientes que aceptaron verbalmente que, aprovechando cualquier extracción de sangre por cualquier otra determinación analítica, se les realizase serologías para la parotiditis, rubéola, sarampión, varicela y hepatitis A. Se analiza su relación con el sexo, edad, nacionalidad, infección por el VIH o VHC, y el ser o haber sido UDI.

Resultados: 216 serologías realizadas. Varones: 195 (90,3%); Media de edad 39,6 años (DT:8); Españoles: 157 (72,7%); UDI (n=215) 79 (36,6%); VIH+ (n=215): 58 (26,9%); VHC+ (n=212): 92 (42,6%); VHA IgG+ (n=139): 92 (42,6%); Parotiditis: Positivo: 164 (75,9%), POS débil o límite: 22 (10,2%); Rubéola: Positivo: 183 (84,7%), Positivo débil o límite: 13(6%); Sarampión: Positivo: 194 (89,8%), Positivo débil o límite: 8 (3,7%); Varicela: Positivo: 204 (94,4%), Positivo débil o límite: 3 (1,4%);

Analizando la población inmunizada respecto a la que requiere vacunación nos encontramos que:

- La serología + de HA es más frecuente en los UDI, (75,9% vs 58,1%; $p<0,01$), en los VHC + (75% vs 58,3%; $p=0,01$).
- Las serología + de Parotiditis, de Rubéola y de Sarampión no se asocian significativamente con ninguna variable.
- La serología positiva de varicela positiva es más frecuente en españoles (el 96,8% vs 88,1% en extranjeros, $p=0,01$) y la media de edad es mayor en la población con serología positiva (39,9 años vs 35,1a. $p=0,04$)

Conclusiones: El 35,6% de los internos presenta serología negativa de la HA. El 24,1 % requiere vacunación contra la parotiditis, el 15,3% requiere vacunación contra la rubéola, el 10,2% contra el Sarampión y el 5,6% contra la varicela.

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (S.E.S.P.)

DATOS PERSONALES

Apellidos

Nombre

Dirección Código Postal

Población Provincia

Teléfono E-Mail

DATOS LABORALES

Centro de Trabajo

Dirección del Centro Código Postal

Población Provincia

Teléfono Fax

Cuerpo (Médico, ATS-DUE, Farmacéutico, Otros)

Enviar correspondencia a: Dirección personal Dirección laboral

En a de de 201 ...

FIRMA

ORDEN DE DOMICILIACIÓN BANCARIA

Titular de la cuenta

Banco o Caja de Ahorros Sucursal

Domicilio Código Postal

Población Provincia

N.º de cuenta: Entidad ____ Oficina ____ D.C. __ N.º Cuenta _____

Muy señores míos:

Ruego a Vds. que, con cargo a mi cuenta, atiendan el pago hasta nuevo aviso de los recibos que le sean presentados al cobro por la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (S.E.S.P.)

Cuota anual 2012: 24,10 Euros

En a de de 201 ...

FIRMA

SESP

Sociedad Española de **Sanidad** Penitenciaria

NUEVA VERSIÓN
ELECTRÓNICA

Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria : Inicio

http://www.sesp.es/ Google

SESP*

Afiliate a la SESP* **infórmate**

Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria

INICIO CONOCE LA SESP ACTIVIDADES CONTENIDOS CONGRESOS Y JORNADAS

SESP* » Inicio Lunes, 10 de Marzo de 2014

Guía

Atención y tratamientos en prisión por el uso de drogas

BAJAR PDF

TÍTULO DE ESPECIALIZACIÓN AVANZADA EN PATOLOGÍA DUAL GRAVE

Desde la Universidad CEU Cardenal Herrera queremos poner en su conocimiento el lanzamiento de un nuevo título formativo cuyo contenido y orientación estimamos puede ser de su interés.

Se trata del **Título de Especialización Avanzada en Patología Dual Grave**, avalado por la **Sociedad Española de Patología Dual (SEPD)**, y que pretende dar respuesta a la necesidad de una formación acreditativa que capacite en las competencias profesionales para la práctica clínica, diagnóstico y tratamiento con pacientes con Patología Dual.

El programa está estructurado en torno a la consecución de unos **objetivos** clave:

- Conocer en su totalidad la evolución y controversias del concepto de patología dual
- Adquirir conocimientos sobre los fundamentos neurobiológicos de tal patología
- Conocer las diferentes aproximaciones teóricas al concepto, así como modelos etiopatogénicos de la patología dual
- Conocer la prevalencia de diferentes trastornos psiquiátricos con los diferentes trastornos de consumo de sustancias y sus características específicas
- Conseguir un manejo de los diferentes instrumentos de diagnóstico
- Adquirir competencias sobre la elección e implementación de tratamientos farmacológicos para pacientes con patología dual, partiendo de la base de que estos pacientes suelen ser excluidos de los ensayos clínicos convencionales
- Conocer toda la trama asistencial de patología dual así como los diferentes protocolos de actuación

El título está dirigido a médicos, preferentemente con especialidad en psiquiatría y en medicina de familia, y se cursa en modalidad online a lo largo de 9 meses, con inicio en octubre del presente año. Puede consultar en detalle el contenido del título en el siguiente enlace:

http://www.uchceu.es/estudios/posgrado/titulo_especializacion_avanzada_patologia_dual_grave.aspx?op=presentacion

Desde esta misma web, los interesados pueden solicitar información o, si así lo desean, plaza en el programa.

El **plazo para matricularse** en este curso 2013/2014 finaliza el próximo día **30 de septiembre**.

GUARDIAS LOCALIZADAS

Recientemente hemos tenido conocimiento de que la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias tiene la intención de suprimir las guardias médicas de presencia física en algunos Centros Penitenciarios.

ÁREAS DE INTERÉS

NOVEDADES

[aquí](#)

- Ventana del Paciente: Psiquiatría Entre Barrotes
- Noticias relacionadas con la SESP
- Nuevos eventos en la Agenda

» Educación para la salud

» Premios de la Sociedad

» Premios OMS

» CAPRI. Estudio Calidad

» Publicaciones

X Congreso Nacional y XVIII Jornada de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SANIDAD PENITENCIARIA
X Congreso Nacional - 2014

RESERVATE LAS PLAZAS
23, 24 y 25 de Octubre de 2014
TE ESPERAMOS EN BARCELONA!

PRÓXIMO CONGRESO
Información

¡Contando el futuro!

www.sesp.es

abbvie

LA INNOVACIÓN
Y LA CIENCIA,
NUESTRA PASIÓN.
MEJORAR LA SALUD
DE LAS PERSONAS,
NUESTRA RAZÓN
DE SER.

AbbVie nace como una compañía biofarmacéutica de vanguardia que aúna el espíritu innovador de la biotecnología con la solidez de una compañía farmacéutica.

La pasión impulsa nuestra ciencia, permitiéndonos desarrollar nuevos tratamientos capaces de mejorar la salud de las personas.

Porque cada vida es importante, trabajamos para estar a la altura.

www.abbvie.es

PERSONAS. PASIÓN.
POSIBILIDADES.

